

Sozialpsychiatrischer Dienst der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich
(Direktor: Prof. Dr. med. et phil. A. Uchtenhagen)

Arbeit unter Leitung von Prof. Ambros Uchtenhagen und Dr. med. Dagmar Zimmer-Höfler

Katamnesen nach Krisenintervention in Psychiatrischer Klinik bei Suizidversuch

Retrospektive Nachbefragung von 31 und psychosoziale Basisdaten
von 82 Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die im Anschluss
an einen Suizidversuch in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich
hospitalisiert wurden

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde der
Medizinischen Fakultät der Universität Zürich

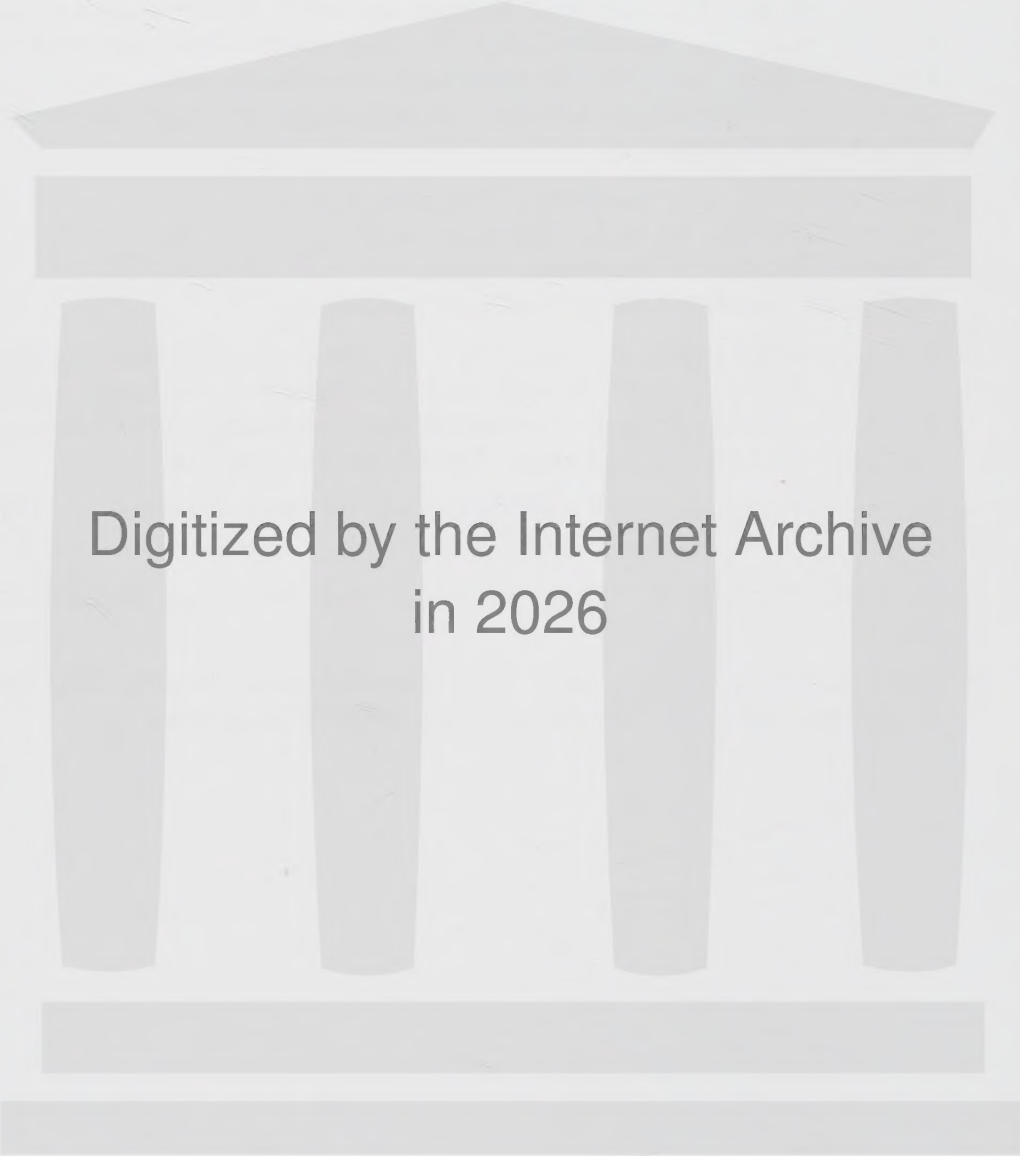
vorgelegt von
JOHANN PETER FREY
von Bassersdorf ZH und Wartau SG

Genehmigt auf Antrag von Prof. A. Uchtenhagen

Zürich 1984

Mein Dank gilt

- Herrn Prof. A. Uchtenhagen, Frau Dr. D. Zimmer-Höfler, den Herren A. Widmer und P. Meyer-Fehr vom Sozialpsychiatrischen Dienst, die mich bei meiner Arbeit anleiteten und unterstützten.
- Herrn Prof. K. Ernst, sowie seinen Mitarbeiterinnen R. Rhiner, M. Häsler und S. Zulauf, die mir die Nachforschungen in den Krankengeschichten der Psychiatrischen Universitätsklinik ermöglichten und wertvolle Hinweise gaben.
- Herrn Prof. K. Biener, Zürich, Herrn Dr. W. Glinz, Zürich und Herrn Dr. R.F. Marten, Ulm, die mir wertvolle Hinweise gaben.
- Meinen Kollegen B. Keller, R. Mayer, A. Merlitschek und F. Meyer, mit denen ich am Anfang meiner Arbeit und beim Erstellen des Fragebogens zusammenarbeitete und später Erfahrungen und Ideen austauschte.
- Meiner Freundin Ch. Bürgi und meinem Bruder J. Frey, die mir mit Anregungen und Kritik halfen.
- Meiner Mutter R. Frey-Ryser, die mir die Reinschrift machte.
- Den Nachbefragten und all den Ungenannten, die durch ihre Mitarbeit diese Arbeit ermöglichten.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41507208_0010

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	Seite 1
2. Literaturübersicht	3
2.1. Literatur zu allgemeinen Fragen	3
2.2. Literatur zur Epidemiologie und Soziologie	3
2.3. Literatur zur Psychologie und Psychodynamik	5
2.4. Katamnesen nach Suizidversuch	7
2.5. Literatur zur Suizidprävention, Abschätzung der Suizidalität, Therapeutischer Umgang mit Suizidgefährdeten und Nachbetreuung nach Suizidversuch	9
2.6. Literatur zur Suizidproblematik bei Jugendlichen	11
3. Fragestellungen	14
3.1. Das Forschungsprojekt "Jugendliche nach Suizid- versuch" des Sozialpsychiatrischen Dienstes Zürich	14
3.2. Psychosoziale Basisdaten einer Stichprobe von Ju- gendlichen und jungen Erwachsenen, die im Anschluss an einen Suizidversuch in der Psychiatrischen Uni- versitätsklinik Zürich hospitalisiert wurden. Frage nach Kriterien für das Zustandekommen der angestrebten Nachbefragung	15
3.3. Bestandesaufnahme der psychosozialen Situation der Nachbefragten unter Berücksichtigung unter- schiedlicher Verlaufsvarianten	16
3.4. Vorstellungen vom Tod	17
3.5. Retrospektive Beurteilung der Hilfeleistung	18
3.6. Suizidale Patienten in der Psychiatrischen Univer- sitätsklinik Zürich	19
4. Methodik	21
4.1. Stichprobe	21
4.1.1. Abgrenzung und Grösse der Stichprobe	21
4.1.2. Grundgesamtheit und die Psychiatrische Univer- sitätsklinik Zürich	22
4.1.3. Einteilung der gesamten Stichprobe in Teil- stichproben mit Interview und ohne Interview	24
4.2. Erhebungsinstrumente	25
4.3. Durchführung der Befragung	25
4.4. Datenaufbereitung und statistische Auswertung	26
4.4.1. Allgemeines	26
4.4.2. Vergleiche in der gesamten Stichprobe	26
4.4.3. Einteilung der nachbefragten Probanden in drei Verlaufsgruppen	27
4.5. Qualität der Daten	29
4.6. Kritik der Methodik	29

5. Ergebnisse	Seite	30
5.1. Beschreibung der gesamten Stichprobe (N) und der Teilstichproben ohne Interview (NoI) und mit Interview (NmI)		30
5.1.1. Alter, Geschlecht, Zivilstand		30
5.1.2. Nationalität, Freiheitsentzug		32
5.1.3. Berufe, Ausbildung		33
5.1.4. Suizidversuche in der Anamnese, Psychiatrische Diagnosen, Hospitalisationsdauer		35
5.1.5. Verfügbare katamnestische Angaben über die Teilstichprobe ohne Interview (NoI)		39
5.1.6. Zusammenfassung der Hauptunterschiede der Teilstichprobe ohne Interview (NoI) und der Teilstichprobe mit Interview (NmI)		40
5.2. Beschreibung der persönlich nachbefragten 31 Probanden		43
5.2.1. Soziografische Daten		43
5.2.2. Herkunftsfamilie		46
5.2.3. Vorgeschichte		48
5.2.4. Aktuelle Situation		50
5.2.5. Verlauf der Suizidalität		54
5.3. Vorstellungen vom Tod		57
5.3.1. Darstellung der Antwortprotokolle		57
5.3.2. Einteilung in Kategorien		58
5.4. Retrospektive Beurteilung der Hilfeleistung		59
5.4.1. Allgemeine Beurteilung		59
5.4.2. Hilfeleistung in der Klinik		60
5.4.3. Hilfeleistung ausserhalb der Klinik		65
5.4.4. Psychotherapie		67
5.4.5. Selbstmordverhütung		68
6. Diskussion		
6.1. Basisdaten der Gesamtstichprobe		70
6.1.1. Vergleich mit Literaturangaben		70
6.1.2. Katamnestischer Verlauf bei den Probanden ohne Interview		72
6.1.3. Vergleich der Teilstichprobe mit Interview mit der Teilstichprobe ohne Interview		72
6.2. Diskussion der Ergebnisse der Nachbefragung		75
6.2.1. Soziografische Daten		75
6.2.2. Herkunftsfamilie		75
6.2.3. Vorgeschichte		76
6.2.4. Aktuelle Situation		76
6.2.5. Suizidalität		77
6.2.6. Vergleich der Verlaufsgruppen		78
6.3. Diskussion der geäusserten Vorstellungen vom Tod		81
6.4. Diskussion der Beurteilung der Hilfeleistung		82
6.4.1. Allgemeine Beurteilung		82
6.4.2. Hilfeleistung in der Klinik		83
6.4.3. Hilfeleistung ausserhalb der Klinik		87
6.4.4. Psychotherapie		87
6.4.5. Selbstmordverhütung		87
7. Zusammenfassung		88
Literaturverzeichnis		
Anhang		
Curriculum vitae		

1. Einleitung

=====

In der Schweiz nehmen sich gegenwärtig jährlich rund 1'500 Menschen das Leben, davon gegen 200 Jugendliche und junge Erwachsene unter 25 Jahren. - Das sind mehr, als bei tödlichen Verkehrsunfällen das Leben verlieren. Der Suizid ist eine der häufigsten Todesursachen bei jungen Menschen geworden. *)

Zehnmal häufiger als Suizide sind Suizidversuche. Ein Suizidversuch muss als schwerwiegendes Risikozeichen für einen späteren Suizid gewertet werden. Bei jüngeren Menschen treten Suizidversuche gehäuft im Zusammenhang mit anderen Phänomenen auf, die auch Ausdruck eines gestörten psychosozialen Gleichgewichtes sind: Suchtmittelgebrauch, psychogene Fehlentwicklungen, beginnende Psychosen, Delinquenz.**)

Diese Tatsachen zeigen, welche Bedeutung der Abklärung und dem therapeutischen Umgang nach Suizidversuchen zukommt. In der Forschungsarbeit haben wir unsere Aufmerksamkeit auf psychische und soziale Einflussgrössen zu richten, ganze Gefährdungsmuster zu erfassen und besonders auch den Verlauf und die stabilisierenden Faktoren zu untersuchen.

Mit diesem Ziel startete der Sozialpsychiatrische Dienst Zürich das Forschungsprojekt "Jugendliche nach Suizidversuch". - Ich benützte die angebotene Gelegenheit, in diesem Rahmen eine Dissertation zu erarbeiten und damit auch einen Teil zur Verwirklichung eines sinnvollen grösseren Projektes beizutragen. Aus dieser Zusammenarbeit ergaben sich besondere Möglichkeiten, aber auch Schwierigkeiten.

Der empirische Teil meiner Arbeit ist die Nachuntersuchung an 31 Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die im Anschluss an einen Suizidversuch in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich hospitalisiert waren. Ich wollte wissen, wie die äussere Situation und die Befindlichkeit der Betroffenen einige Zeit später war. Dazu erhob ich in einem Interview mit vorwiegend standardisierten Fragen eine Menge von Daten, mit denen die psychosoziale Situation und die Einstellung zu verschiedenen Aspekten der Suizidalität erfasst wurden. Besonders interessierte mich der Verlauf der Suizidalität, welche Vorstellungen vom Tod die Betroffenen hatten, wie sie retrospektiv die Massnahmen und Hilfe nach dem Suizidversuch beurteilten und was sie für Vorstellungen von optimaler Hilfe hatten.

*) Hartmann (1977), Biener (1981)

**) Henseler (1974), Davidson (1976)

Die Vorstellungen vom Tod haben eine zentrale Bedeutung im Verständnis der Psychodynamik Suizidaler. Die retrospektive Beurteilung der Massnahmen und Hilfe, sowie die Vorstellungen von optimaler Hilfe können wichtige Anhaltspunkte für die Evaluation der Massnahmen und für den Umgang mit Suizidalen geben.

Zuerst folgt ein ausführlicher Literaturüberblick, dann die Herleitung der Fragestellung und der Methodik. Danach werden die Ergebnisse der Nachuntersuchung in verschiedenen Abschnitten dargestellt und diskutiert.

2. Literaturuebersicht

=====

Zur Aktualisierung der Literaturübersicht verarbeitete ich die Literatur bis 1981, obwohl der empirische Teil der vorliegenden Arbeit schon Mitte 1979 abgeschlossen war.

Die Literatur zur Suizidproblematik zeigt eine grosse Vielfalt von Ansätzen, Zielsetzungen und wissenschaftlichen Methoden. Ausführliche Literaturübersichten sind zu finden in Pöldinger (1968), Ringel (1969), Kramer/Pollak (1972), Otto (1972), Henseler (1974), Wellhöfer (1981)

2.1. Literatur zu allgemeinen Fragen

Die Phänomene Suizid und Suizidalität werfen viele Fragen auf, die von tiefer existentieller, menschlicher und gesellschaftlicher Bedeutung sind. Entsprechend viele Autoren haben sich mit diesen Fragen aus persönlicher Betroffenheit und aus philosophischer Sicht befasst. Böhme (1980) nennt die Suizidalität treffend das "existentielle Paradoxon". Alvarez (1974) und Améry (1978) sagen über dieses Paradoxon sehr Eindrückliches und Wesentliches. Nur auf dem Hintergrund der Auseinandersetzung auch mit diesen Fragen lassen sich Sinn und Ziel der Suizidprophylaxe, Ziele wissenschaftlicher Forschung und geeignete Formen des therapeutischen Umganges mit Suizidgefährdeten definieren.

Erkennbar wird in diesen Arbeiten zu allgemeinen Fragen, dass sehr viele Faktoren auf sehr verschiedenartigen Ebenen bei suizidalen Handlungen beteiligt sind. Eine isolierte Betrachtung von Einzelfaktoren oder einzelnen Ebenen lässt wesentliche Aspekte beiseite. Einige Autoren (u.a. Wedler 1979) weisen zu Recht darauf hin, wie unfruchtbar es sein kann, psychologische und soziologische Erklärungsversuche gegeneinander auszuspielen und damit sowohl nötige therapeutische Bemühungen für einzelne Menschen als auch notwendige Anstrengungen auf politischem und ökonomischem Gebiet zu hintertreiben.

2.2. Literatur zur Epidemiologie und Soziologie

Diese Arbeiten fragen nach den äusseren, epidemiologischen und sozialen Umständen und Zusammenhängen suizidaler Handlungen. Durkheim (1897) hat mit seinen Arbeiten den Grundstein gelegt für die empirische Suizidforschung. Seine Hypothesen, dass Suizidhandlungen als Folge mangelhafter sozialer Integration verstanden werden müssen und dass Anomie

(Regellosigkeit) der Gesellschaft zu erhöhten Suizidraten führt, sind im wesentlichen durch neuere Untersuchungen nicht widerlegt worden (Gibbs/Martin 1964, Frei 1978, Wellhöfer 1981).

Suizidraten (Suizide pro Jahr pro 100'000 Einwohner) aus Todesursachen-Statistiken dienen als Ausgangsmaterial für die Untersuchung epidemiologischer und soziologischer Einflussvariablen. Ueber Suizidversuche ist zuverlässiges Zahlenmaterial viel schwieriger zu erhalten. Die durchschnittliche Rate der Suizidversuche in Westeuropa muss auf mindestens das zehnfache der Suizidrate geschätzt werden (Otto 1972, Böcker 1973, Henseler 1974, Davidson 1976, WHO 1978, Biener 1976/81, Wellhöfer 1981). Die Statistiken zeigen übereinstimmend eine Zunahme der Suizidrate mit steigendem Alter. In den jüngeren Altersgruppen haben jedoch die Suizide einen sehr grossen Anteil an der Sterblichkeit erreicht; zum Teil stehen sie an vorderster Stelle der Todesursachen (WHO 1968, Hartmann 1977, Biener 1981).

Die Häufigkeit von Suizidversuchen nimmt mit steigendem Alter ab. Der Altersgipfel liegt zwischen 20 und 25 Jahren. (Böcker 1973, Biener 1976, Davidson 1976). - Gesicherte Befunde sind also bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen sowohl die relative Häufigkeit von Suizidversuchen, wie auch die wichtige Bedeutung des Suizids, der in dieser Altersgruppe in vielen Ländern und auch in der Schweiz eine der häufigsten Todesursachen überhaupt geworden ist.

Uneinig sind sich die verschiedenen Beobachter betreffend der Trends der Zunahme oder Abnahme der Häufigkeiten. Weltweit ist eindeutig eine Zunahme von Suizidversuchen festzustellen (Böcker 1973, WHO 1974, Kreitmann 1980). Statistisch gesichert ist, dass für Suizidversuche in stark überwiegender und steigender Häufigkeit Medikamente benutzt werden. Männer begehen häufiger Suizid als Frauen, und Frauen machen häufiger Suizidversuche als Männer. Ein Trend weist in Richtung Abnahme der geschlechtsspezifischen Häufigkeitsunterschiede (Hartmann 1977, Biener 1981).

Weitere wichtige äussere Einflussvariablen und Risikofaktoren für Suizidhandlungen sind wiederholt bestätigt worden (Davidson 1976 u.a.):

- Leben in Zentren mit grosser Bevölkerungsdichte, Grossstädte
- Sozialisationserschwerungen aus Herkunftsfamilie (Broken home)
- Leben ohne feste Bezugsperson (Alleinstehende, Ledige, Geschiedene, Verwitwete)
- Verlängerte Berufsausbildung (höhere Schüler, Studenten)

- Soziale Marginalisation (Arbeitslosigkeit, Emigration, Homosexualität, Psychiatrische Hospitalisation)
- Alkohol- und Drogenabhängigkeit
- Delinquenz und Strafvollzug

Die Interpretationen dieser Befunde sind uneinheitlich und bewegen sich je nach Standpunkt des Autors mehr auf einer gesellschaftlichen-soziologischen Ebene oder auf einer individuellen-psychologischen Ebene. - Für mich sind diese Befunde eine Herausforderung, den Umgang mit suizidalen Menschen genauer zu überdenken und zu untersuchen. Nachdenklich stimmt mich die Tatsache, die auch in der Literatur immer wieder erwähnt wird, dass verschiedene Risikofaktoren zunehmen. Nicht zuletzt muss ich dazu auch die Zunahme kollektiver Vernichtungswaffen zählen, die uns in eine existentiell paradoxe Situation bringt und zur Frage führt, wie der Zusammenhang ist zwischen der individuellen Suizidalität und dem drohenden atomaren Holocaust (Richter 1981).

2.3. Literatur zur Psychologie und Psychodynamik

In diesen Untersuchungen wird nach den inneren, den psychischen Bedingungen der Suizidhandlungen gefragt. Die Palette reicht von der Darstellung psychologischer Merkmale über die Untersuchung der Psychogenese bis zur Erarbeitung von ganzen psychodynamischen Modellen. Psychische Phänomene sind teilweise nur beschränkt intersubjektiv nachprüfbar und können weniger einfach methodisch abgesichert untersucht werden (Henseler 1974).

Ringel (1953) hat ein "praesuizidales Syndrom" beschrieben, bestehend aus den Elementen Einengung, Aggressionshemmung und Aggressionsumkehr und Suizidphantasien. Im Element "Einengung" sind Aspekte der Psychodynamik und der sozialen Situation verknüpft. Ringel (1978) sieht in der "Einengung" den "Verlust der Balance zwischen Lebensumständen und dem Gefühl der eigenen Möglichkeiten".

Henseler (1974) gibt eine umfassende Uebersicht der psychologischen Beobachtungen, die von verschiedenen Autoren übereinstimmend beschrieben wurden. Diese Uebersicht ist hier zusammengefasst und ergänzt:

- Die bewussten Suizidmotive können erfahrungsgemäss lediglich als Einstieg für das tiefere psychologische Verständnis gebraucht werden. Konflikte im zwischenmenschlichen Bereich werden weitaus am häufigsten als Anlass zur Suizidhandlung genannt.

- Suizidhandlungen können nicht einer bestimmten psychiatrischen Diagnosegruppe zugeordnet werden. Es wird angenommen, dass rund ein Drittel aller Suizide Menschen mit einer endogenen Psychose betrifft (Henseler 1974, Scharfetter 1979). Nach Suizidversuchen wird bei rund 10% der Patienten eine endogene Psychose diagnostiziert (Henseler 1974).
- Fast durchwegs kommen Suizidhandlungen bei Menschen vor mit deutlich gestörter Persönlichkeitsentwicklung und schon früher manifesten psychischen Symptomen. Etwa ein Viertel aller Suizidversuche sind Rezidive (Henseler 1974). Tödliche Suizidhandlungen erfolgen noch häufiger nach vorausgegangenem Suizidversuch. Umgekehrt ausgedrückt sind Suizidversuche in der Anamnese statistisch einer der grössten Risikofaktoren für die Suizidmortalität (Schneider 1976, 1979, Marten 1981).
- Ein sehr hoher Prozentsatz der Suizidenten lässt schwere psychische Belastungen in der frühen Kindheit erkennen: Frühe und lang dauernde Trennungserlebnisse, grob gestörte Mutter-Kind-Beziehung und zerrüttete Familienverhältnisse (Henseler 1974).
- Die psychische Entwicklung ist gekennzeichnet durch eine Verunsicherung im zwischenmenschlichen Bereich und in der Einstellung zur eigenen Person: Kontaktschwierigkeiten, Beziehungsstörungen. Die besondere Aggressionsproblematik Suizidgefährdeter und Depressiver wird seit Freud immer wieder bestätigt. Beschrieben ist ebenso die Neigung zu einem realitätsfernen, hohen Ich-Ideal und einem strengen, rigiden Gewissen, sowie das inkonstante Selbsterleben, das zwischen Grössenphantasien und Minderwertigkeitsgefühlen schwankt. Damit im Zusammenhang steht die situativ verminderte Realitätskontrolle und erhöhte Suggestibilität, die Fehleinschätzung der Möglichkeiten und Konsequenzen des eigenen Handelns. In seinem bewussten Erleben will sich der Suizidant wirklich umbringen. Nur etwa jede zehnte Suizidhandlung endet aber tödlich. In der Motivationsstruktur lassen sich in der Regel neben den selbstzerstörerischen viele selbsterhaltende und objektgerichtete Tendenzen erkennen: Wunsch nach "Pause", "Zäsur" (Feuerlein 1971), Appell an Bezugspersonen, Wiedergewinnung eines harmonischen Primärzustandes. Die regressiven Wünsche und magischen Phantasien, die dabei beteiligt sind, werden teilweise sichtbar in den Vorstellungen vom Tod, die sich Suizidenten machen (Henseler 1974, Battegay 1979).
- Die Beziehungen von Suizidenten, eingeschlossen die therapeutische Beziehung, sind gekennzeichnet durch emotionale Oberflächlichkeit und Unverbindlichkeit einerseits, hohe Erwartungen und Abhängigkeiten andererseits und sind



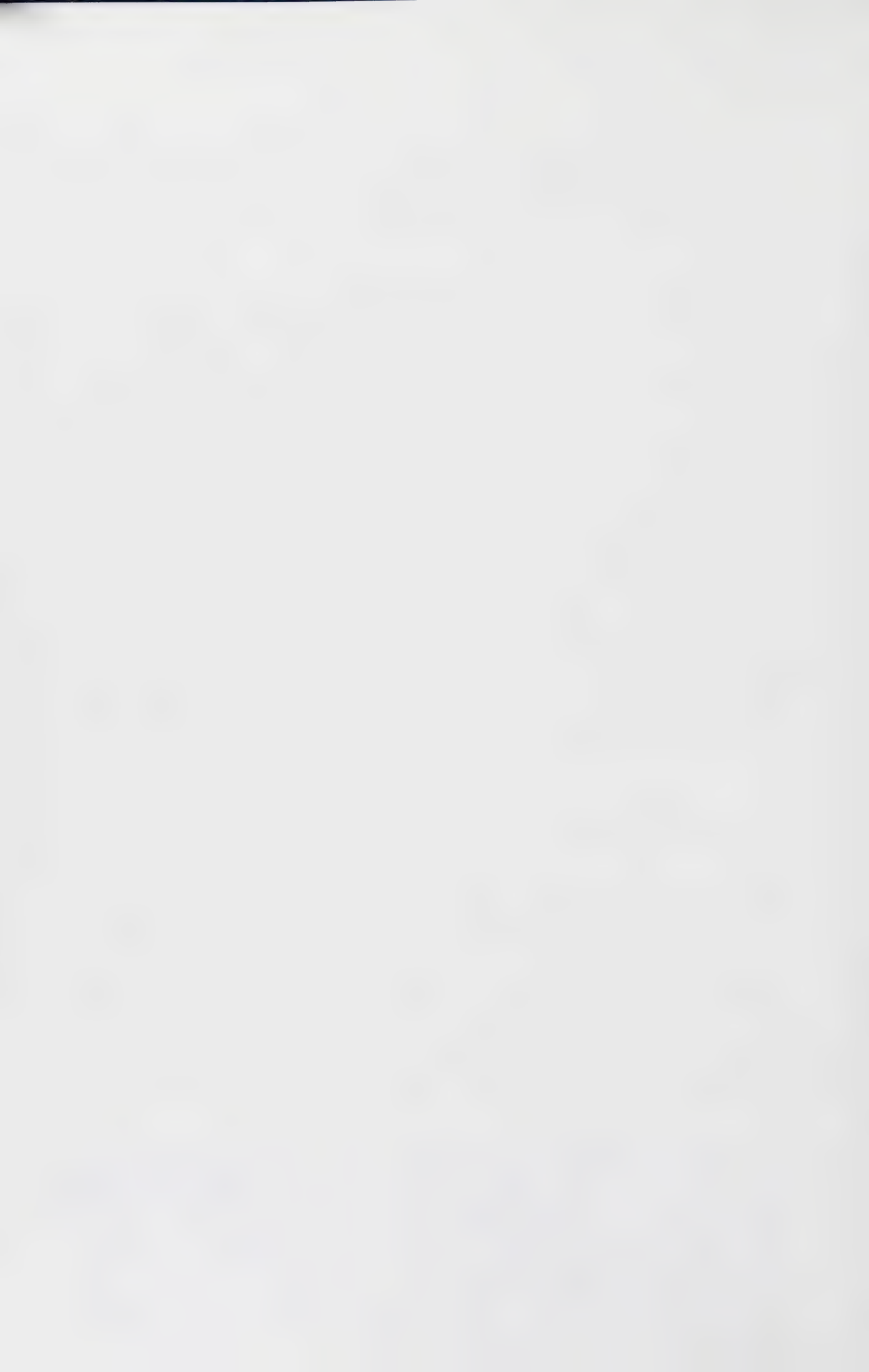
dadurch sehr krisenanfällig. Der Suizident ist überaus schnell enttäuscht und gekränkt. Der Umgang mit dieser erhöhten Kränkbarkeit gehört zu den schwierigsten Problemen in der Therapie (Henseler 1974, Schneider 1976).

Auch Henseler hat 1974 und in späteren Berichten herausgearbeitet, dass die neuere psychoanalytische Narzissmus-theorie eine Interpretationsgrundlage liefert, auf der transparent und schlüssig die Psychodynamik Suizidaler verstanden werden kann. Er und andere Autoren, die von obengenannter Interpretationsgrundlage ausgehen (Battegay 1977, 1979) machen sichtbar, wie wichtig dieser Aspekt des gefährdeten Selbstwertgefühles für das Verständnis suizidalen Verhaltens ist und auch, wie die strukturelle Verwandtschaft mit Phänomenen wie Sucht, Delinquenz und anderen Formen abweichenden Verhaltens begriffen werden kann. Dieser theoretischer Ansatz ist auch vereinbar mit der Erkenntnis, dass diese Phänomene multifaktoriell und dialektisch bestimmt sind, d.h. dass ihre Entstehung nur als Prozess von Wechselwirkungen von verschiedenen, biologischen, individuellen, psychologischen und lebenssituativen, sozialen, gesellschaftspolitischen Faktoren aufgefasst werden kann. - Für mich ist die zitierte Arbeit von Henseler eine sehr klare und weitreichende theoretische Aufarbeitung der inneren, der psychischen Bedingungen der Suizidalität. Sie hat bei mir viel beigetragen zum Verständnis der von mir nachuntersuchten suizidalen jungen Menschen.

2.4. Katamnesen nach Suizidversuch

Marten (1981) findet in der internationalen Literatur 46 Katamnestische Untersuchungen; Schneider (1976) überblickt 39 Katamnestische Arbeiten. Diese Zahlen sind tief angesichts der Wichtigkeit der zu erwartenden Aussagen zum Verlauf, zu prognostischen Kriterien und zur Effizienz der therapeutischen Massnahmen. Marten vermutet, dass der ungewöhnlich hohe Aufwand an Recherchetätigkeit diese tiefen Zahlen erklärt. Die folgende Uebersicht stützt sich auf die Arbeit von Marten und die mir zugänglichen Katamnesen (Zumpe 1959, Pöldinger 1968, Bogard 1970, Hofmann 1971, Otto 1972, Schneider 1976, Möller 1978, Wulliemier 1979) ab.

Nach Marten stehen im Mittelpunkt der verschiedenen Katamnesen die Fragen nach dem Verlauf und der weiteren Suizidalität, sowie nach der Effizienz der therapeutischen Massnahmen. Katamnesen mit persönlichen Nachbefragungen belegen übereinstimmend, dass Suizidenten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung mehr Probleme haben sowohl im psychischen als auch im sozialen Bereich. Uneinigkeit besteht, ob und allenfalls wie ein Suizidversuch Änderungen im Umgang mit diesen Problemen einleitet. Bei allen Untersuchern haben ein relativ hoher Anteil der Nachbefragten (65-80%) ihre Genugtuung



über das Misslingen ihres früheren Suizidversuches ausgedrückt. Bei etwa 40-50 % der Nachbefragten wird der weitere Verlauf nach dem Suizidversuch als eher günstig, bei 20 - 30% als unverändert beurteilt. Bei den übrigen 20-40% zeichnet sich ein ungünstiger Verlauf ab. In mehreren Arbeiten wird eine erhöhte allgemeine Morbidität und Mortalität gefunden (Otto 1972, Marten 1981), die nicht auf die erhöhte Suizidalität zurückzuführen ist. Die Suizidalität bleibt bei einem erheblichen Anteil der Nachbefragten über Jahre weiterbestehen. Die Suizidmortalität ist gegenüber der Allgemeinbevölkerung 40- bis 80-fach erhöht (Schneider 1976, 1979). Nach Marten (1981) ergibt sich aus Katamnesen mit einem Intervall von zehn Jahren und mehr, dass innerhalb von zehn Jahren nach dem ersten Suizidversuch ca. 10% der Untersuchten Suizid begangen haben. Der grösste Anteil der Suizide findet sich innerhalb der ersten zwei Jahre; auffallend selten scheinen sie aber im ersten halben Jahr zu sein.

Ableiten lässt sich aus diesen Angaben, dass für die Suizid-Gefährdung ein früherer Suizidversuch ein sehr schwerwiegendes Risikozeichen darstellt, das statistisch von keinem anderen Risikofaktor übertroffen wird.*) Weitere Risikofaktoren sind bestimmte psychiatrische Diagnosen, besonders endogene Psychosen und Sucht; dann ein höheres Alter, soziale Schwierigkeiten, sowie die Weigerung, an einer angebotenen Psychotherapie teilzunehmen. Wiederholte Suizidversuche weisen auf ein statistisch besonders stark erhöhtes Suizidrisiko hin. Ueber 20% aller Suizidenten wiederholten einmal oder mehrmal einen Suizidversuch (Marten 1981).

Bei der Beurteilung der Effizienz und des Erfolges der therapeutischen Massnahmen sind kaum statistisch gesicherte Rückschlüsse zu ziehen. Wulliemier (1979) findet zwei Jahre nach Suizidversuch bei 288 Probanden beim Vergleich von zwei verschiedenen Nachbetreuungs-Konzepten eine signifikante Verminderung der Zahl der Suizidhandlungen in der Gruppe von 143 Probanden, die systematisch nachkontrolliert wurden (einige Tage nach Spitalentlassung, nach 1 Monat, 3 Monaten, 6 Monaten, 1 Jahr und 2 Jahren). Bei der Vergleichsgruppe von 145 Probanden wurde lediglich das bislang übliche, freiwillige Nachbetreuungsangebot gemacht.

Der beschriebene Stand der katamnestischen Untersuchungen zeigt, dass meine eigene Nachuntersuchung eine insgesamt erstaunlich kleine Anzahl nachuntersuchter Suizidenten etwas vergrössert und damit, auch ohne spezifische inhaltliche Ergebnisse, nützlich sein kann. Deshalb lege ich auch Wert darauf, die vorhandenen Daten der Suizidenten, die ich nicht persönlich nachbefragen konnte, darzustellen und zu überlegen, weshalb bei diesen keine Nachbefragung möglich war.

*) Diese Tatsache spricht meiner Meinung nach deutlich gegen eine vorschnelle Bagatellisierung von Suizidversuchen, wie sie oft von Arzt, Patient und Angehörigen erfolgt, und wie sie auch durch theoretische Ausgrenzung eines "Parasuizides" aus dem Suizid-Problemkreis gefördert werden kann (Feuerlein 1971, Möller 1979).

2.5. Literatur zur Suizidprävention, Abschätzung der Suizidalität, Therapeutischem Umgang mit Suizidgefährdeten und Nachbetreuung nach Suizidversuch

Die meisten Arbeiten zum Problemkreis Suizid wollen als Beitrag zur Verbesserung der Praxis prophylaktischer und therapeutischer Bemühungen verstanden werden. Viele Arbeiten stellen diese Aspekte ganz in den Mittelpunkt. Die Autoren stützen sich mehrheitlich auf Erfahrungen ab, die beim Umgang und bei der Hilfeleistung in bestimmten Institutionen gemacht wurden. Nur in Einzelfällen wurde diese Praxis in systematischen Nachuntersuchungen kontrolliert (s.Kap.2.4. Katamnesen, Kurz 1982).

Kulessa/Böhme (1980) unterscheiden drei Ebenen der Suizidprävention: Primäre Prävention heisst (nach Ringel 1969, 1978) Schaffung eines "Anti-suizidalen Klima" in der Gesellschaft. Sekundäre Prävention heisst Früherfassung von Gefährdeten, und tertiäre Prävention ist dann die Rezidivprophylaxe.

Eine zentrale und schwierige Aufgabe in der Praxis ist die Abschätzung der Suizidalität. Pöldinger (1968) und andere Autoren (Buglass 1970 u.a.) haben sich bemüht, genaue Kriterien anzugeben, damit Suizidalität möglichst objektiv erfasst werden kann. Einige Arbeiten beziehen sich speziell auf die Suizidalität von Jugendlichen (Stork 1972, Davidson 1976, Heer/Städeli 1979). Dabei wurden teilweise standardisierte Risikolisten konzipiert (Pöldinger 1968, Buglass 1970, Stork 1972), deren Validität und praktische Brauchbarkeit jedoch stark eingeschränkt sind (Padrutt 1971, Pöldinger/Sonneck 1980). Die Abschätzung der Suizidalität ist unbestritten überaus stark abhängig von der Qualität der Beziehung Beurteiler - Beurteilter.

Die speziellen Probleme, die sich für die therapeutische Beziehung ergeben, haben Pohlmeier (1976), Henseler (1974, 1976, 1980), Battegay (1977, 1979) und Schneider (1979) umrissen. Henseler hat aufgezeigt, wie bei fast allen Fällen von Suizidalität ein narzisstischer Konflikt die Psychodynamik bestimmt, der häufig an einen aktuellen Beziehungskonflikt gekoppelt ist, und in der Beziehung zum Betreuer/Therapeuten typische Uebertragungsphänomene entstehen lässt. Nach anfänglichem Zögern entwickelt sich meist sehr rasch eine positive Uebertragung mit sehr hohen Erwartungen, die gefährdet wird durch grosse Enttäuschungsanfälligkeit und Kränkbarkeit; dann rasch umschlagen kann in Rückzug, Abbruch der Beziehung und möglicherweise erneute Suizidalität. Battegay und Henseler beschreiben therapeutische Regeln, die sich aus diesen typischen Phänomenen ableiten lassen.

Pohlmeier (1976) und Stolze (1975) weisen auf die Ängste und aggressiven Gefühle hin, die Suizidale bei Bezugs- und Betreuungspersonen auslösen können, und dass die Auseinandersetzung mit den eigenen Ängsten und Gefühlen eine wichtige Voraussetzung ist für den therapeutischen Umgang. Schneider (1979) zeigt, wie Suizidgedanken ernstgenommen und akzeptiert werden wollen in dem Sinn, dass das angeschlagene Selbstvertrauen nicht noch durch Schuldzuweisung und Massnahmen mit Strafcharakter weiter untergraben wird.

Damit stossen wir auf die spezielle Problematik der Institutionen, die mit Suizidgefährdeten zu tun haben. Kritische Reflexionen der bisherigen Praxis haben an verschiedenen Orten zur Suche nach neuen Betreuungskonzepten geführt. (Darüber berichten u.a. die Arbeiten von Touraine 1970, Köhler 1972, Böcker 1973, Möller 1978, Böhme/Kulesa 1978, 1980, Brun 1979, Gunn 1979, Lalive 1979, Wuillemier 1979, Wildbolz 1980).

Patienten nach Suizidversuch bedürfen häufig notfallmässiger medizinischer oder chirurgischer Behandlung und gelangen deshalb zuerst einmal in eine entsprechende Klinik. Die neben und nach der somatischen Behandlung nötigen Massnahmen richten sich dann nach der weiteren Abklärungs- und Betreuungsbedürftigkeit des Patienten. Dabei ist auffallend, dass sich die übliche Praxis von Klinik zu Klinik und von Ort zu Ort überaus stark unterscheidet. Vielfach bedeutet das Ende der somatisch notwendigen Behandlung, dass der Patient ohne weitere Betreuung nach Hause entlassen wird oder dass er, wenn er offensichtlich noch suizidal oder psychotisch ist, in eine psychiatrische Klinik eingewiesen wird. Grössere Kliniken haben meistens einen psychiatrischen Konsiliardienst, wobei der Modus der Zusammenarbeit und das Angebot von Betreuung und Therapie wieder von Klinik zu Klinik unterschiedlich sind.

Unter bestimmten Umständen gelangen Suizidgefährdete auch direkt in psychiatrische Kliniken (s.S.18, Kap. 3.5.). Nicht allzu selten haben Einweisungen in eine psychiatrische Klinik Zwangscharakter (Egloff 1973), was ebenso, wie die vielerorts noch deutliche Binnenorientierung der psychiatrischen Kliniken, eine an den stationären Aufenthalt anschliessende kontinuierliche Weiterbetreuung erschwert. Verschiedene Arbeiten (Möller 1978, Wuillemier 1979) belegen, dass die Motivation zu einer psychotherapeutischen Nachbetreuung wesentlich von äusseren Grössen abhängig ist. Wichtige Kriterien scheinen dabei Konstanz der Bezugsperson und Verbindlichkeit der Abmachungen zu sein.

Ernst (1974,1979) zeigt, dass die Suizide in den psychiatrischen Kliniken häufiger geworden sind und diese Zunahme mit dem freierlicher gewordenen Klinikbetrieb einher gegangen ist. Für die vorliegende Arbeit habe ich Patienten nachbefragt, die nach einem Suizidversuch in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (PUK) hospitalisiert waren. Die Praxis der Betreuung solcher Patienten habe ich bei meiner Tätigkeit als Assistenzarzt in der PUK aus eigener Anschauung kennengelernt. Ich beschreibe an anderer Stelle sowohl die Klinik (s.S.22, Kap. 4.1.2.) als auch die Behandlung (s.S.18, Kap. 3.5.) aus meiner Sicht.

Bei den Nachbefragungen, die vor Beginn meiner Tätigkeit als Assistenzarzt erfolgt sind, habe ich eine Anzahl Fragen gestellt zur retrospektiven Beurteilung der Hilfeleistung nach Suizidversuch in und ausserhalb der psychiatrischen Klinik.

2.6. Literatur zur Suizidproblematik bei Jugendlichen

Eine nach Altersgruppen gesonderte Betrachtung der Suizidproblematik drängt sich auf, da jedes Lebensalter spezifische psychische und soziale Merkmale hat. Die Statistiken weisen auf für Jugendliche bedeutsame Besonderheiten hin. (vgl. Kap. 2.2.). Die Altersgruppe der Jugendlichen*) ist aus verschiedenen Gründen von besonderem Interesse: Die Adoleszenz ist eine physiologische Krisenzeit, die gekennzeichnet ist durch eine Reihe neuer Anforderungen auf sozialer, emotionaler, intellektueller und biologischer Ebene und durch wachsende Autonomie und verstärkte eigene Identität. Die bisher massgebenden Bezugspersonen werden relativiert, und sie werden durch den Ablösungsprozess ebenfalls vor neue Anforderungen gestellt.

Die "physiologische Krise" Adoleszenz ist eine entscheidende Stufe im Sozialisationsprozess. Ungelöste Krisensituationen wirken sich von dieser Stufe an vermehrt über den Rahmen der primären Bezugsgruppe, der Familie, hinaus aus. Neue Symptombildungen und abweichendes Verhalten in Richtung Sucht, Delinquenz und eben suizidale Handlungen sind mögliche Folgen. Die gemeinsamen Gefährdungsmuster und Interdependenzen der genannten Formen abweichenden Verhaltens sind im jugendlichen Alter besonders deutlich. Bekannt ist der Zusammenhang von Drogensucht, Delinquenz und hohem Suizidrisiko (Feuerlein 1976, Thamm 1976, Schmitdobreick 1976).

Uchtenhagen (1976) hat die Literatur über abweichendes Verhalten bei Jugendlichen aufgearbeitet und zeigt, wie in empirischen Untersuchungen nachprüfbare Risikofaktoren herausgestellt werden, die meistens in ihrer Wirkungsweise umstritten sind, und als Einzelfaktoren betrachtet zu wenig Erklärungskraft haben. Er kommt zum Schluss, dass die Forschung vermehrt ganze Gefährdungsmuster und den Verlauf abweichenden Verhaltens erfassen und dabei besonders auch die stabilisierenden Faktoren berücksichtigen sollte.

In der Literatur finden sich relativ wenige Arbeiten, die sich speziell mit der Suizidalität Jugendlicher befassen. Übersichten sind bei Seiden (1969), Jacobs (1971), Otto (1972), Davidson (1976), zu finden.

Zumpe (1959) beschreibt, gestützt auf 34 Katamnesen nach Suizidversuch Jugendlicher, Suizidversuch als Signalsymptom einer seit längerer Zeit bestehenden Fehlentwicklung mit Mangel an liebevoller Zuwendung in unvollständigen Familien und überforderten Müttern, mit Kontaktstörungen und fehlendem "positiven Lebensgefühl". Der Verlauf zeigte sich abhängig davon, ob die suizidale Handlung als Appell auf die Umwelt wirkte, und verstärkte zwischenmenschliche Bindungen die Isolierung abbauen konnten. Weiterbestehende Bindungslosigkeit führte zu weiteren Suizidhandlungen und auch zu zunehmender "Verwahrlosung".

*) zum Problem der Altersabgrenzung s.S.21, Kap. 4.1.1.

Jacobs (1971) untersuchte 50 Jugendliche nach Suizidversuch und verglich mit einer gleichaltrigen Kontrollgruppe. Er fand vor der suizidalen Handlung regelmässig einen typischen sozialen Isolationsprozess.

Otto (1972) gibt eine genaue Literaturübersicht und hat 1960 von 1544 Jugendlichen unter 21 Jahren nach Suizidversuch die Personalien und Unterlagen aus den ihm zugänglichen schwedischen öffentlichen Institutionen statistisch analysiert. Zudem hat er nach einem Intervall von 10 Jahren die Spuren dieser Jugendlichen in Karteien von Sozialversicherungen und anderen Registraturen verfolgt und diese mit einer Kontrollgruppe verglichen. Er findet, dass bei den psychiatrisch untersuchten (rund 400) neurotische Störungen klar vorherrschen (53%) und endogene Psychosen rund 16% der Diagnosen ausmachen. Infantile und hysterische Persönlichkeitsmerkmale sind bei je rund 35% diagnostiziert worden. Die für den Suizidversuch angegebenen auslösenden Ursachen waren am häufigsten Probleme in Beziehungen zum anderen Geschlecht, gefolgt von Problemen im Elternhaus, seltener Schulprobleme, Militärdienst und ungewollte Schwangerschaft. Bei der katamnestischen Prüfung zeigten sich bei den Jugendlichen mit früherem Suizidversuch gegenüber der Kontrollgruppe verschiedene auffallende statistische Abweichungen: Sie waren seltener verheiratet, häufiger geschieden, häufiger emigriert, standen in schlechteren materiellen Verhältnissen, hatten häufiger Delikte begangen, häufiger Alkoholprobleme, waren häufiger krankgeschrieben, sowohl wegen psychischen als auch somatischen Krankheiten und waren häufiger durch Suizid gestorben.

Davidson (1976) stützt sich auf Literatur und eigene Untersuchungen an 537 Jugendlichen nach Suizidversuch unter 25 Jahren, zum grössten Teil aus Lyon und Strasbourg (mit Kontrollgruppen) und versucht, daraus Risikofaktoren abzuleiten, die Anhaltspunkte für Prognose und Präventivmassnahmen geben könnten. Er findet, dass rund 30% der Jugendlichen mit Suizidversuch aus Broken-home-Familien stammen, 22% lebten in den ersten sechs Lebensjahren nicht mit beiden Eltern zusammen. Bei 10% waren die Eltern Fremdarbeiter. Ein überproportionaler Anteil hatte lediglich die Primarschule absolviert, waren Arbeiter oder arbeitslos. Alkohol- und Drogenprobleme erschienen als wichtiger Risikofaktor. Statistisch ohne Bedeutung zeigte sich religiöse und konfessionelle Zugehörigkeit.*) Als psychische Besonderheiten fanden sich bei den Suizidenten gehäuft depressive Züge, Neigung zur Langeweile, Schulschwierigkeiten. Bei Untersuchungen zum Rezidiv-Risiko findet Davidson 53% der Rezidive in den ersten sechs Monaten nach dem 1. Suizidversuch.

Biener/Burger (1976) untersuchten 438 Fälle von Suizidversuchen bei Jugendlichen unter 25 Jahren in Zürich anhand von Polizeiakten und Abschiedsbriefen. Bei 18% war der Suizidversuch ein Rezidiv. Eine deutliche Häufung der Suizidversuche fand^{sich} im 20. und 21. Altersjahr. Berufsspezifisch dominierten Schüler/Studenten,

*) wird auch in anderen Untersuchungen bestätigt (Böcker 1973)

Angestellte im Verkauf und im Gastgewerbe. Als Motive für den Suizidversuch wurde am häufigsten (37%) "Liebeskummer" angegeben, bei immerhin 5% der jungen Frauen "unerwünschte Schwangerschaft". 28% der Suizidversuche waren verbal der Umgebung angekündigt worden.

Widmer (1977) hat die Frage nach Selbstmordgedanken in den Mittelpunkt einer Untersuchung mittels Fragebogen an 586stellungspflichtigen 19-jährigen Zürchern gestellt. Dabei gaben 1,9% an, bereits einen Suizidversuch gemacht zu haben, und 23,9% sagten aus, bereits an Selbstmord gedacht zu haben. Vergleiche soziographischer und psychologischer Merkmale gegenüber der Gruppe ohne Selbstmordgedanken zeigen, dass überproportional viele der Befragten mit früheren Selbstmordgedanken gestörte Verhältnisse zwischen den Eltern und vermehrte Schwierigkeiten in Ausbildung und Beruf angaben, sich häufiger krank fühlten und unter Einsamkeit litten, häufiger Träume von Selbstmord, Tod, Sterben und Katastrophen hatten und häufiger Drogen konsumierten. Die Befragten mit früheren Suizidgedanken schätzten sich selber als depressiver, ängstlicher, reizbarer, zwangshafter, selbstunsicherer und mehr zum Somatisieren neigend ein und gaben an, Mühe bei der Kontrolle aggressiver Affekte zu haben. Ein auffallend grosser Anteil (66%) wagte mit niemandem über die Suizidgedanken zu sprechen. Als Grund für das Entstehen des Suizidgedanken wurden am häufigsten "Depressionen", Liebesprobleme, Einsamkeit, Schwierigkeiten mit den Eltern und Schwierigkeiten in Ausbildung und Beruf genannt. Diese Arbeit von Widmer ist eine der wenigen empirischen Untersuchungen zum Suizidproblem, die nicht an einer durch suizidales Verhalten vorselektionierten Population gemacht wurde.

Fischer/Ladame (1979) studierten bei 15 Jugendlichen den inneren und äusseren Ereignisablauf vor Suizidversuch und finden als typische Ereignisse: Verlust der Beziehungen innerhalb der Herkunftsfamilie, Wohnortswechsel, Ausbildungsabbruch, überstürzte Bindung an einen Partner mit häufigen Spannungen und als unmittelbarer Auslöser des Suizidversuches oft ein Trennungserlebnis.

Heer/Städeli (1979) stellen Hinweise für die Suizidalität in psychologischen Testverfahren bei 32 suizidalen Jugendlichen dar. Sie fanden bei den 7 Jugendlichen, die später Suizid begangen hatten, in den früheren Tests besonders ausgeprägte Suizidalitäts-Hinweise.

Biener/Roschweski (1981) sammelten von 738 Jugendlichen im Alter von 18 bis 21 Jahren Vorschläge zur Prävention des Jugend-selbstmordes. Vorgeschlagen wurden hauptsächlich: Aussprachemöglichkeiten fördern, Einbezug Alleinstehender in Gruppenaktivitäten, Förderung von Selbstwertgefühl und Gefühl der Anerkennung.

Suizide und Suizidversuche Jugendlicher sind besonders tragische und ernstzunehmende Phänomene, Jugendliche reagieren überaus empfindlich auf veränderte Lebensbedingungen und Lebens-schwierigkeiten und geben damit wichtige Hinweise, die für andere Altersgruppen auch bedeutsam sind.

3. Fragestellungen

=====

3.1. Das Forschungsprojekt "Jugendliche nach Suizidversuch" des Sozialpsychiatrischen Dienstes Zürich

Der schweizerische Nationalfonds hatte im Rahmen des dritten Nationalen Forschungsprogrammes "Soziale Integration" zwei Projekte zur Bearbeitung an den Sozialpsychiatrischen Dienst (SPD) Zürich vergeben. Andere Studien im Bereich Jugend wurden vom Soziologischen Institut der Universität Zürich, der schweizerischen Fachstelle für Alkoholismus Lausanne, der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel, dem IPSO (Institut für praxisorientierte Sozialforschung) und einigen anderen Institutionen durchgeführt.

Die Projekte des SPD stellten die Fragen nach "Karriereverlauf und Massnahmen-Evaluation bei devianten Jugendlichen" (Zimmer 1979) in den Mittelpunkt. Das grössere Projekt befasst sich mit opiatabhängigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Das Projekt "Jugendliche (und junge Erwachsene)* nach Suizidversuch" umfasst retrospektive Untersuchungen an postsuizidalen Patienten, die als Vergleichsgruppe zu den Opiatabhängigen hinzugezogen wurden und die Frage nach dem Verlauf suizidalen Verhaltens und nach der Effizienz unterschiedlicher Abklärungs- und Behandlungsstrategien bei Suizidversuchen stellen. Im Rahmen von vier bis sechs Dissertationen sollte eine Stichprobe von 100 bis 150 Jugendlichen 6 bis 24 Monate nach dem Suizidversuch aus Institutionen mit unterschiedlichen Abklärungs- und Behandlungsangebot nachuntersucht werden. Vorgesehen war die Erstellung eines weitgehend standardisierten Datenpools zur späteren gemeinsamen Auswertung und Parallelisierung mit dem Drogenprojekt.

Als theoretischer Bezugsrahmen für die Gesamtstudie des SPD wurde ein Gleichgewichtsmodell von Devianz und Krise ausgearbeitet (Uchtenhagen 1977, Zimmer 1979). Dieses Modell sollte Drogenabhängigkeit und Suizidalität im gleichen Bezugsrahmen erklären können und entsprechend sowohl Veränderungen der äusseren Lebenssituation als auch der individuellen Persönlichkeit gerecht werden. - Ich stieg als Dissertand in dieses Projekt ein und übernahm die Aufgabe, Jugendliche (und junge Erwachsene) *) , die nach einem Suizidversuch in der psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (PUK) hospitalisiert worden

*) Die Begriffe "Jugendliche" und "junge Erwachsene" umfassen in der vorliegenden Arbeit die Altersgruppe 15-25 Jahre und werden teilweise, wo sie nicht zusammen genannt sind, synonym gebraucht.

waren, retrospektiv nachzuuntersuchen. Dazu hatte ich mich auch an der Ausarbeitung der Erhebungsinstrumente zu beteiligen. Das vorgegebene Gesamtprojekt erforderte die Erhebung einer grossen Menge von Daten und bot damit die Möglichkeit, eine Vielfalt von möglichen Fragestellungen zu bearbeiten. Einige Fragen, die mich besonders interessierten, konnte ich zusätzlich noch in die Erhebung einbringen. Die Mehrzahl der von mir bearbeiteten Fragen haben sich dann erst später im Verlauf der Arbeit herauskristallisiert und wurden bestimmt durch die Konzeption der Nachbefragung und das dadurch erhaltene Datenmaterial.

3.2. Psychosoziale Basisdaten einer Stichprobe von Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die im Anschluss an einen Suizidversuch in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich hospitalisiert wurden.

Frage nach Kriterien für das Zustandekommen der angestrebten persönlichen Nachbefragung.

Welche Merkmale haben die betroffenen Probanden? Sind sie, verglichen mit einer "normalen" altersentsprechenden Population und verglichen mit anderen Populationen von Suizidenten, eine besondere Auswahl? Sind sie Suizidenten mit einer besonders hohen Gefährdung? Wir gehen davon aus, dass besondere Umstände zur Einweisung der betroffenen Suizidenten in die psychiatrische Klinik geführt haben. Nur bei ungefähr jedem 5. Patient nach Suizidversuch wird im Raum Zürich diese Massnahme angewendet (s.S.22, Kap. 4.1.2). Die untersuchten Basisdaten umfassen Alter, Geschlecht, Zivilstand, Nationalität, Freiheitsentzug, Beruf und Ausbildung, frühere Suizidversuche, Methode des Suizidversuches, Psychiatrische Diagnose und die Hospitalisationsdauer.

Warum war bei einzelnen Probanden eine persönliche Nachbefragung nicht möglich? Entweder waren die Recherchen erfolglos, scheiterte die Kontaktnahme, oder die Probanden lehnten die Mitarbeit ab. Die dahinter verborgenen Ursachen haben mich interessiert. Ich gehe von den Hypothesen aus, dass:

- Die Wiederauffindbarkeit des ehemaligen Suizidenten abhängig ist von der dem Suizidversuch nachfolgenden sozialen Stabilität.
- Die Kooperationsbereitschaft bei der Nachbefragung mit einer inneren Bereitschaft einhergeht, sich mit der vergangenen und aktuellen Suizidalität auseinanderzusetzen und damit ein Indikator für die aktuelle Konfliktfähigkeit sein kann.
- Für das Zustandekommen einer persönlichen Nachbefragung ähnliche Kriterien gelten wie für die Bereitschaft, nach einem Suizidversuch eine angebotene Nachbetreuung anzunehmen.

Aus der Literatur (s.S.8, Marten 1981) wissen wir, dass die Ablehnung einer angebotenen Therapie oder Nachbetreuung mit erhöhtem Rezidivrisiko korreliert und dass mit systematischen Nachuntersuchungsgesprächen eine Rezidivprophylaxe erreicht werden kann (s.S.8, Wulliemier 1979). Ich habe nach Merkmalen gesucht, die in der Gruppe ohne zustandgekommenes Interview (Teilstichprobe NoI) gegenüber der Gruppe der Nachbefragten (Teilstichprobe NmI) gehäuft vorkommen und habe erwartet, dass diese Merkmale den aus der Literatur bekannten Risikomerkmalen für Suizidalität (s.S. 4) entsprechen. Sollte dieser Nachweis gelingen, so entspricht die Gruppe der Nicht-Nachbefragten (NoI) einer Auswahl von Probanden mit tendenziell ungünstigerem Verlauf, erhöhtem Rezidivrisiko und damit auch einer schlechteren Prognose. Damit würden sich die aus der Nachbefragung gewonnenen Daten zusätzlich relativieren, und die Daten einer tendenziell günstigeren Verlaufsgruppe darstellen. Wir können daraus wertvolle Denkanstösse erwarten, wo Bemühungen zur Verbesserung der Suizidenten-Abklärung und -Betreuung anzusetzen haben.

3.3. Bestandesaufnahme der psychosozialen Situation der Nachbefragten unter Berücksichtigung unterschiedlicher Verlaufsvarianten

Wie ging es den ehemaligen jungen suizidalen Patienten? Ich wollte erfahren, wie die äussere Situation und die Befindlichkeit der Probanden, die ein persönliches Nachuntersuchungsgespräch ermöglichten, war. Dazu wertete ich Fragen aus, die folgende Daten erfassten (s. Anhang, Fragebogen):

- (1) Soziografische Daten
- (2) Herkunft
- (3) Vorgeschichte, insbesondere
 - Drogenabusus
 - Kontakte mit Institutionen
- (4) Aktuelle Situation, insbesondere
 - Wohnen, Partnerschaft, Beziehungen
 - Arbeit und Finanzen
 - Somatische und
 - Psychische Befindlichkeit
- (5) Verlauf der Suizidalität, insbesondere
 - frühere,
 - katamnestische und
 - aktuelle Suizidalität

Ich habe die Befunde gesichtet und dazu Gruppen mit unterschiedlichem Verlauf gebildet und diese Gruppen verglichen in der Annahme, dass sich damit charakteristische Unterschiede darstellen könnten. Ich vermute:

Der Verlauf der Suizidalität geht mit Merkmalen einher, die nach der Literatur als Risikomerkmale der Suizidalität anzusehen sind (s.S. 7, Kap. 2.4., Henseler 1974, Davidson 1976, Marten 1981).

Aus der Literatur lässt sich ersehen, dass diese Risikomerkmale unspezifisch, zahlreich, widersprüchlich eingeschätzt, unvollständig untersucht und schwierig zu erfassen sind. Eine exakte Erfassung mit standardisierten Items oder Tests wurde immer wieder versucht, hat sich jedoch nur bedingt als praktisch brauchbar gezeigt (s.S.9, Kap.2.5.). Es sind deshalb keine spezifische Ergebnisse, und bedingt durch die kleine Anzahl gemachter Interviews, noch weniger statistisch signifikante oder gar repräsentative Aussagen zu erwarten. Trotzdem scheint mir die Darstellung der erfassten Merkmale sinnvoll, weil mit der Zunahme der Gesamtzahl verfügbarer katamnästischer Daten nach Suizidversuchen im Ueberblick doch verbindlichere Aussagen gemacht werden können.

3.4. Vorstellungen vom Tod

Bei den Fragen zur Suizidalität wollte ich auch wissen, welche Vorstellungen vom Tod die betroffenen Jugendlichen hatten. Nach den Angaben der Literatur ist zu erwarten, dass die Erfassung der Vorstellungen vom Tod zum Verständnis der suizidalen Psychodynamik beitragen und zudem wichtige überindividuelle Aspekte der Suizidalität beleuchten kann (Henseler1974). Henseler schreibt, dass bei Suizidalen die Phantasien vom Tot-Sein, soweit sie überhaupt zugelassen werden, wenig gemeinsam haben mit den realen Konsequenzen des Todes, die sie aber rational durchaus kennen. Diese Diskrepanz zwischen Phantasie und Realität sei ein Beispiel für die in bestimmten Bereichen reduzierte Realitätskontrolle, Grössenphantasien, Phantasien von Allmacht und Unsterblichkeit der Suizidenten. Battegay et. al. (1979, S. 44) beschreiben, dass Suizidale sich häufig bei ihren Suizidversuchen des drohenden Endes ihres Daseins nicht bewusst sind und im Grunde die Vorwegnahme des Jenseits in einem diesseitigen Bezugssystem erstreben, womit ihnen Mühen und Beziehungsschwierigkeiten abgenommen und alle Wünsche erfüllt werden sollen. In einer phantasierten Verschmelzung mit den wichtigen Bezugspersonen wollen sie dauerhaft jene mitmenschliche Wärme erleben können, die ihnen in der Kindheit fehlte.

Nach Henseler und Battegay gehört zur Psychodynamik Suizidaler auch das Gefühl der Macht, das aufgebaut wird mit dem Wissen, sich umbringen zu können, oder dem Entschluss, sich umzubringen; das Gefühl von "Freiheit", über Leben und Tod entscheiden zu können. Diese Gefühle sind Grössenphantasien, die das schwankende, durch Kränkungen und Enttäuschungen bedrohte Selbstgefühl stabilisieren sollen. Paradoxerweise wird als Preis für diese Stabilisierung das Leben aufs Spiel gesetzt oder gar geopfert.

Ich schätze, dass die erhaltenen Aussagen eine Illustration sind und ermutigen, bei weiteren Untersuchungen und auch beim psychotherapeutischen Umgang, diese Vorstellungen zu beachten.

3.5. Retrospektive Beurteilung der Hilfeleistungen

Wie beurteilen die betroffenen Probanden rückblickend die Hilfeleistung?

In der von mir durchgeführten Nachbefragung erfasste ich mit den gestellten Fragen einige Aspekte im Erleben und der Meinungsbildung der befragten Suizidenten:

- (1) Allgemeinde Beurteilung
- (2) Hilfeleistung in der Klinik
 - Wie verhielt sich das Klinikpersonal?
 - Wie erfolgte die Entlassung aus der Klinik?
 - War die Hilfe nach Beurteilung der Befragten ausreichend?
 - Was war wichtig und wertvoll?
 - Was hätte besser gemacht werden sollen? Was wird kritisiert?
- (3) Hilfeleistung ausserhalb der Klinik
 - Wie verhielt sich die Umgebung?
 - War die Hilfe ausreichend?
 - Was wäre die beste Hilfe gewesen?
- (4) Psychotherapie
- (5) Selbstmordverhütung

Aus den bei der Nachbefragung erhaltenen Antworten können wichtige Hinweise für die Abklärung und Behandlung suizidaler Menschen in der Einzelpraxis, den somatischen Kliniken und den psychiatrischen Institutionen erwartet werden.

Die Probleme der Prophylaxe werden mehr am Rand thematisiert und die erhaltenen Aussagen können als Denkanstösse verstanden werden.

3.6. Suizidale Patienten in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich

Mich hat besonders die Frage interessiert, wie die Betroffenen retrospektiv ihre Erlebnisse der Hospitalisation in der Psychiatrischen Klinik beschreiben. Ich habe selber 1979 bis 1981 als Assistenzarzt in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (PUK) gearbeitet.*) Die Nachbefragung habe ich 1979, in der Zeit vor der Assistenzarztstätigkeit und nicht als Klinikmitarbeiter, durchgeführt. Die Ergebnisse der Nachbefragung diskutiere ich auf dem Hintergrund meiner eigenen Erfahrungen mit der Betreuung suizidaler Patienten in der PUK:

Ueblicherweise werden in der PUK Patienten nach Suizidversuch aufgenommen, welche nach der Notfallbehandlung in einer der somatischen Kliniken des Einzugsgebietes weiter suizidal sind oder ein psychotisches Zustandsbild zeigen und deswegen weiterer stationärer Betreuung und Behandlung bedürfen. Die betroffenen somatischen Kliniken können diese weitere stationäre Betreuung und Behandlung häufig nicht gewährleisten und weisen deshalb dann solche Patienten in die PUK ein. Seltener werden Patienten nach Suizidversuch direkt von Notfallärzten oder praktizierenden Aerzten in die PUK eingewiesen, noch seltener treten Patienten nach Suizidversuch freiwillig und selbständig in die PUK ein. Der Eintritt erfolgt meistens als Aufnahme mit ärztlichem Einweisungszeugnis mit den entsprechenden juristischen Implikationen, häufig ohne das Einverständnis des Patienten. Egloff (1973) belegt ebenfalls, dass Patienten, die wegen Suizidalität hospitalisiert wurden, diese Hospitalisation häufiger als andere Patienten ablehnen.

Der Patient wird nach Anmeldung durch den einweisenden Arzt entweder von der Sanität oder von Angehörigen in die Klinik gebracht und hat hier zuerst ein kürzeres Gespräch mit dem Tagesarzt, der mit einer kurzen Anamnese und körperlichen und psychopathologischen Beurteilung über die Aufnahme und die ersten therapeutischen Massnahmen entscheidet und den Patienten meist einer der geschlossenen Aufnahmeabteilungen zuweist. Auf der Abteilung wird zuerst dem neu eingetretenen Patienten der Bewegungsspielraum stark eingeschränkt: Er bekommt ein Bett in einem Wachsaal**) zugewiesen, wo bis zu 10 andere Patienten schlafen müssen, die vielfach in einem akuten psychiatrischen Krankheitszustand und stark betreuungsbedürftig sind. Der Neuangekommene muss sich in Nachthemd und Bademantel umkleiden, seine Kleider abgeben, die ihm dann, von der Klinik mit seinem Namen gekennzeichnet, nach ein paar Stunden wieder zur Verfügung stehen. Er kann sich lediglich in einem einzigen, meist kleinen und überfüllten Aufenthaltsraum bewegen, und muss ausserhalb, z.B. zum Telefonieren, begleitet werden. Pflegepersonen und Mitpatienten bemühen sich, mit dem Neuling in ein Gespräch zu kommen - der so erfährt, dass erst der Arzt über weitere Massnahmen entscheidet und dass nicht genau gesagt werden kann, wann dieser Arzt zum ersten Mal erscheint.

*) Beschreibung der PUK Zürich s. Kap. 4.1., S.22.

**) Diese Wachsäle werden beim laufenden und teilweise schon erfolgten Klinikumbau abgeschafft und durch kleinere, persönlichere Behandlungseinheiten ersetzt.

Der Assistenzarzt, der gemäss Turnus für den Patienten zuständig wird (und meist nicht mit dem Tagesarzt identisch ist), kommt häufig erst nach Stunden, nach Ablauf der Nacht oder des Wochenendes zum Patienten und führt ein erstes Gespräch. Meist, aber nicht immer, findet das Gespräch in einem Sprechzimmer unter vier Augen statt. Es folgen dann weitere Arzt-Patienten-Gespräche, die zugleich therapeutischen und diagnostischen Charakter haben. Fast immer wird auch Kontakt mit den wichtigsten Bezugspersonen aufgenommen. Auch der verantwortliche Oberarzt spricht mit dem Patienten und informiert sich. So entsteht ein vorläufiges Bild der psychosozialen Situation des Patienten und bald wird über das weitere Vorgehen entschieden. Gewöhnlich ist der Patient nicht mehr akut suizidal und kann eine Beziehung zum Assistenzarzt und/oder einer anderen Betreuungsperson aufbauen, sein Bewegungsspielraum kann erweitert werden und er kann an verschiedenen therapeutischen Aktivitäten teilnehmen.

Häufig wird der Patient sehr rasch wieder entlassen, meist wird ihm eine Form von beraterischer oder psychotherapeutischer Nachbetreuung empfohlen, meist mit einer aussenstehenden Person oder Institution, seltener mit dem Klinikarzt selber. Die Verbindlichkeit solcher Vereinbarungen wird verschieden gestaltet. Meist bekommt der Patient aber nicht nur einen fremden Namen und eine Telefonnummer, sondern der erste Termin wird vereinbart oder der erste Kontakt wird noch während des Klinikaufenthaltes organisiert. Patienten mit Motivation und Indikation zu einer intensiveren Psychotherapie werden entsprechend beraten.

Bei Kurzzeit-Patienten ist nur sehr selten eine Indikation für eine Behandlung mit Psychopharmaka gegeben. Bei Patienten mit längerdauernder Suizidalität und einer psychiatrisch behandlungsbedürftigen psychischen Störung dauert der Klinikaufenthalt meistens länger - bei krankheitsbedingter hoher Selbst-Gefährdung oder Gefährdung Dritter auch gegen den Willen des Patienten.

Ich gehe davon aus, dass entsprechend den Angaben in der Literatur und meinen eigenen Erfahrungen die Einweisung in eine psychiatrische Klinik eine beträchtliche Kränkung der suizidalen Patienten bedeutet und die Annahme dieser Form der Krisenhilfe auch unter dem Aspekt der erhöhten Kränkbarkeit Suizidaler anzusehen ist (Henseler 1974, Schneider 1979). Es ist zu erwarten, dass die Beurteilung der Nachbefragten davon stark gefärbt ist. Damit ist aber nicht gesagt, dass die gemachten Aussagen nicht ernst genommen werden sollen. Ich bin überzeugt, dass eben diese erhöhte Kränkbarkeit und die teilweise unnötigen zusätzlichen Kränkungen, die mit einer unfreiwilligen Hospitalisation in einer psychiatrischen Klinik verbunden sind, manchmal zu wenig beachtet werden.

4. Methodik

=====

4.1. Stichprobe

4.1.1. Abgrenzung und Grösse der Stichprobe

Die Stichprobe umfasst Jugendliche und junge Erwachsene, die, bis und mit 25-jährig, nach einem Suizidversuch in der PUK Zürich hospitalisiert waren und deren Eintritt in die Klinik zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung mindestens 6 Monate und maximal 2 Jahre zurückliegt.

Diese Abgrenzungskriterien leiten sich vom Konzept des Gesamtprojektes des Sozialpsychiatrischen Dienstes Zürich ab. Die Altersabgrenzung stimmt mit verschiedenen wichtigen früheren Arbeiten überein. Auch das Katamnestiche Intervall (> 6 Monate, < 2 Jahre) ist übereinstimmend festgelegt (Davidson 1976 u.a.). Die obere Grenze von 2 Jahren soll eine ausreichende Vergleichbarkeit innerhalb der Stichprobe erlauben und den Recherchier-Aufwand (der mit längerem katamnestiche Intervall steigt) tragbar belassen. Davidson 1976 fand bei Katamnestiche von 537 Jugendlichen unter 25 Jahren nach einem Suizidversuch 53% der Rezidive in den ersten 6 Monaten und verweist auf ähnliche Angaben in der Literatur. Untersuchungen, die sich nicht ausschliesslich mit Suizidversuchen Jugendlicher befassen, fanden tiefere Rezidivquoten innert der ersten 6 Monate nach einem Suizidversuch; z.B. Böcker 1973 bei 528 beobachteten Suizidversuchen 28,3 %. Verglichen mit den meisten Katamnestiche (s.S. 7, Kap. 2.4.) ist das hier festgelegte Katamnestiche Intervall kürzer.

Die Grösse der Stichprobe wurde durch den mir zur Verfügung stehenden Zeitraum für die Erhebung begrenzt. Ich strebte bei allen Probanden, die in den Jahren 1977 und 1978 in die Klinik nach einem Suizidversuch eingetreten und unter 25 Jahre alt waren, eine Nachuntersuchung an. Damit führte ich eine Vollerhebung einer anfallenden Stichprobe durch. In den Eintritts-Protokoll-Büchern der PUK fand ich aus dem Jahre 1977 43 und aus 1978 39 Probanden, insgesamt also 82 Probanden.

4.1.2. Die Grundgesamtheit und die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK)

Die hier dargestellte Stichprobe von Suizidenten darf natürlich nicht als eine repräsentative Auswahl der Population von Jugendlichen, die im Raum Zürich Suizidversuche machen, betrachtet werden: Meistens ist es eine besondere Problematik, die zu einer Hospitalisation in einer psychiatrischen Klinik führt. Die Psychiatrische Klinik hat eine bestimmte Rolle im Umgang mit der Suizidproblematik zu übernehmen.

Neben Forschungs- und Ausbildungsaufgaben übernimmt die PUK die klinisch-psychiatrische Versorgung der Region Zürich, einem Einzugsgebiet mit rund 650'000 Einwohner, davon rund 65'000 jüngeren Einwohnern im Alter von 15 - 25 Jahren (geschätzt nach: Statistisches Handbuch des Kantons Zürich 1978). In der PUK standen bis 1978 rund 470 Patienten-Betten zur Verfügung; es wurden in den uns interessierenden Jahren 1977 und 1978 1406, bzw. 1517 Eintritte registriert. Bei den insgesamt erfolgten Eintritten wurden als Aufnahmegrund 117, bzw. 124 mal "Selbstmordversuch und Selbstbeschädigung" angegeben, diagnostisch aufgelistet nach den ICD-Nr. E 950 bis E 959 (Angaben aus Jahresberichten der PUK 1977 und 1978). 43. bzw. 39 mal waren diese Suizid-Patienten zwischen 15 und 25 Jahre alt. Schätzungsweise höchstens 20% aller Jugendlichen, die einen Suizidversuch begehen und in der Versorgungsregion wohnen, werden in der PUK hospitalisiert (Schätzung nach Hofmann 1971, Mayer). Tabelle 1 und 2 fassen diese Zahlen zu einer Uebersicht zusammen.

Tabelle 1

Anzahl Patienteneintritte pro Jahr nach Alter und Aufnahme-
grund

	1977	1978	Durchschnitt pro Jahr
Patienteneintritte in PUK insgesamt	1406	1517	1460
Aufnahmegrund Suizidversuche insgesamt	117	124	120
Aufnahmegrund Suizidversuche und Alter 15 bis 25 Jahre	43	39	41

Zahlen aus Jahresbericht PUK

Einwohner der Versorgungsregion

Einwohner Versorgungsregion PUK insgesamt	ca. 650'000
Einwohner Versorgungsregion PUK Altersgruppe 15 bis 25 Jahre	ca. 65'000

Zahlen aus Statistisches Jahrbuch des Kantons Zürich 1978

Tabelle 2

Rate der Suizidversuche (pro 100'000 Einwohner pro Jahr)

Rate der Suizidversuche mit Hospitalisation in PUK insgesamt (alle Altersgruppen)	18/100'000
Rate der Suizidversuche mit Hospitalisation in PUK Altersgruppe 15 bis 25 Jahre	63/100'000
Rate der Suizidversuche bei Jugendlichen von 15 bis 25 Jahren in der Versorgungs- region PUK = Region Zürich	mindestens *) 300/100'000

Raten-Zahlen berechnet gemäss Tabelle 1

*) geschätzte Zahl aufgrund Angaben von Biener (1976) und Mayer.

Die dargestellten Zahlen zeigen die Relation der Zahl der in dieser Arbeit untersuchten jugendlichen Suizidenten zur Gesamtzahl der in der PUK hospitalisierten Patienten und der Gesamtbevölkerung in der Versorgungsregion der PUK, die ungefähr der Region Zürich entspricht. In dieser Region haben wir mit einer geschätzten Zahl von pro Jahr mindestens 195 Suizidversuchen bei Jugendlichen unter 25 Jahren zu rechnen.

4.1.3. Einteilung der gesamten Stichprobe in Teilstichproben mit Interview und ohne Interview

Bei den 82 eruierten Probanden, die die gesamte Stichprobe bilden, versuchte ich, eine Nachbefragung durchzuführen. Das Auffinden der Probanden war fast durchwegs schwierig und viele Kontaktversuche scheiterten. Ein kleinerer Anteil lehnte die Mitarbeit ab oder hielt die Vereinbarung eines Termines nicht ein. In nachstehender Tabelle sind die Gründe zusammengefasst, die ein Interview verhindert hatten:

Tabelle 3

Nicht durchführbare Interviews

Kontaktversuch gescheitert (reagiert nicht auf Brief, kein Telefonkontakt möglich, Aufenthaltsort nicht eruierbar)	34
Mitarbeit abgelehnt	5
Vereinbarung nicht eingehalten	5
Vereinbarung eingehalten, Interview nicht durchführbar	2
Interview durch andere Untersucher geplant	4
Gestorben	1
insgesamt	51

Bei 51 Probanden konnte kein Interview durchgeführt werden. Bei der Recherchierarbeit wurden die Basisdaten aus den Krankengeschichten der PUK festgehalten, und so kamen bei Nachfragen einige katamnestische Angaben zusammen. Diese vorhandenen Daten ermöglichten eine Beschreibung aller 82 Probanden und erlauben einige Vergleiche zwischen der Teilstichprobe mit erfolgtem Interview (NmI = 31) und der Teilstichprobe ohne Interview (NoI = 51).

Die gesamte Stichprobe N (= 82) setzt sich zusammen aus der Teilstichprobe mit Interview NmI (= 31) und der Teilstichprobe ohne Interview NoI (= 51).

4.2. Erhebungsinstrumente

Aufgrund der Anforderungen des Gesamtprojektes des Sozialpsychiatrischen Dienstes, d.h.

- Einordnung in das Dritte Nationale Forschungsprogramm mit dem Thema "Soziale Integration"
- Vergleichbarkeit mit anderen Studien
- Schaffung eines Datenpools junger Patienten nach Suizidversuch

war eine weitgehende Standardisierung des Instrumentariums notwendig. Auf die Operationalisierung differenzierter, spezieller Hypothesen musste verzichtet werden, was natürlich Rückwirkungen auf die Auswahl möglicher Fragestellungen hatte (s. Kap. 3.1.).

Das Standardinstrumentarium bestand aus:

- (1) Standardisierter Interviewbogen, der eng mit der prospektiven und retrospektiven Studie an Opiatabhängigen koordiniert wurde (s. Anhang)
- (2) Giessen-Test-S und Giessen-Test-Ideal
- (3) Beschwerdeliste von Zerrsen
- (4) Interviewer-Befindlichkeit

4.3. Durchführung der Befragung

Das Interview dauerte im Durchschnitt 3 Stunden. Wir versuchten, jedem Betroffenen, der uns seine Zeit und seine Geschichte zur Verfügung stellte, Gelegenheit zu einer offenen Aussprache zu geben. Bei der Gesprächsführung legten wir Wert darauf, trotz der standardisierten Befragungsinstrumente, ein lebendiges und einfühlsames Interview zu ermöglichen. Die Gespräche ergaben viele neue und faszinierende Eindrücke, die nur teilweise neben den vorgegebenen Fragen in den Gesprächsprotokollen festgehalten und in die vorliegende Arbeit kaum eingebracht werden konnten.

4.4. Datenaufbereitung und statistische Auswertung

4.4.1. Allgemeines

Das Instrumentarium wurde auf elektronische Datenverarbeitung ausgerichtet. Viele Fragen wurden bereits mit Antwortkategorien formuliert und für abweichende Antworten und offene Fragen wurde die spätere Kodierung vorgesehen. Da ich das Datenmaterial für meine Arbeit selektiv auswerten und die Inhaltsanalyse nicht durch die weitere, sehr aufwendige Kodierung forcieren wollte, verzichtete ich für mich auf die elektronische Datenverarbeitung. Mit Auswertungslisten verschaffte ich mir eine Uebersicht und stellte daraus die Ergebnisse zusammen.

Durch die kleine Grundzahl der Stichprobe ($N = 82$) und der gemachten Interviews ($NmI = 31$) sind die Möglichkeiten der Auswertung auf eine einfache, deskriptive Statistik eingeschränkt (Bortz 1977).

4.4.2. Vergleiche in der gesamten Stichprobe

Für die gesamte Stichprobe ($N = 82$) werden Basisdaten aus der psychiatrischen Krankengeschichte beschrieben. Die Teilstichprobe ohne Interview ($NoI = 51$) und mit Interview ($NmI = 31$) werden nebeneinandergesetzt und die Häufigkeitsverteilungen der Merkmale prozentual angegeben. Damit ergibt sich die Möglichkeit zum direkten Vergleich und zum Vergleich mit Prozentzahlen aus anderen Untersuchungen, u.a. der 1980 vom Institut für praxisorientierte Sozialforschung (IPSO) mit teilweise gleich wie in unserem Fragebogen formulierten Fragen durchgeführten Repräsentativerhebung von 1076 jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 26 Jahren. Diese Repräsentativbefragung ist publiziert worden von Blancpain (1983).

Bei den Vergleichen zwischen den Teilstichproben werden die Differenzen der Prozentzahlen in Prozentpunkten angegeben. Diese Prozentpunkte sind relative Grössen und geben ein relatives Mass der Verteilungsunterschiede.

Auf eine Signifikanz-Berechnung der festgestellten Unterschiede wurde bewusst verzichtet, da diese bei einer so kleinen Grundzahl und den meist kleinen erwarteten Häufigkeiten sehr problematisch ist und eine falsche Sicherheit vortäuschen würde (Clauss 1972, Bortz 1977, Lisch 1978).

4.4.3. Einteilung der nachbefragten Probanden in drei Verlaufsgruppen

Noch problematischer werden quantitative Vergleiche innerhalb der Menge der gemachten Interviews (NmI = 31). Die Einteilung in Verlaufsgruppen nahm ich vor, weil uns der Verlauf der Suizidalität besonders interessiert und weil es doch wichtig ist, zu sehen, ob ein bestimmter Verlauf mit anderen besonderen Merkmalen zusammengeht, auch wenn keine statistisch signifikanten Korrelationen nachgewiesen werden können.

Als Einteilungskriterium wurden die Fragen 22. und 22.3. des Fragebogens verwendet. Die Beantwortung dieser Fragen ergab folgende Verteilung:

Tabelle 4

Haben Sie seit dem Selbstmordversuch, auf den wir uns beziehen, <u>wieder daran gedacht</u> , Ihr Leben zu beenden?	nein	13
	ja, einmal	7
	ja, mehrmals	11
		NmI= 31
Haben Sie seit dem Selbstmordversuch, auf den wir uns beziehen, <u>nochmals versucht</u> , Ihr Leben zu beenden?	nein	25
	ja, einmal	4
	ja, mehrmals	2
		NmI= 31

Von den 18 Probanden mit erneuten Suizidgedanken hatten 6 Probanden einen erneuten Suizidversuch begangen. Kein Proband gibt einen Suizidversuch an, ohne Suizidgedanken gehabt zu haben. Daraus wurden drei Verlaufs-Gruppen zusammengefasst:

- Go - Gruppe ohne erneute Suizidgedanken und ohne erneute Suizidversuche (13 Probanden)
- Gsg - Gruppe mit erneuten Suizidgedanken ohne erneuten Suizidversuch (12 Probanden)
- Gsv - Gruppe mit erneutem Suizidversuch (6 Probanden)

Diese Einteilung ist natürlich einerseits von der Zuverlässigkeit der als Kriterium gebrauchten Daten abhängig, andererseits auch vom katamnestischen Intervall beeinflusst: Je kürzer das Intervall, desto weniger konnte sich darin ereignen. Diese sind auf Grund der Auswahl der Stichprobe verschieden lang, d.h. der Suizidversuch, der Anlass zur Hospitalisation in der PUK und Nachuntersuchung gibt, lag zum Zeitpunkt des Interviews verschieden weit zurück.

Tabelle 5

Katamnestische Intervalle

		Go	Gsg	Gsv	NmI
Katamnestisches	24	5	3	-	8
Intervall	23	2	-	2	4
(Monate)	22	2	2	-	4
	21	-	2	1	3
	20	2	-	-	2
	19	-	-	-	-
	18	-	1	-	1
	17	-	-	1	1
	16	-	-	-	-
	15	-	-	-	-
	14	-	1	-	1
	13	-	1	1	2
	12	-	1	1	2
	11	1	-	-	1
	10	1	-	-	1
	9	-	-	-	-
	8	-	1	-	1
Total		13	12	6	31

Die Tabelle zeigt, dass rund 2/3 der katamnestischen Intervalle 20 Monate und mehr betragen. Insgesamt liegt nur bei drei Probanden das Intervall unter 12 Monaten und das kürzeste Intervall ist immerhin 8 Monate. Es darf daher angenommen werden, dass die verschieden langen Intervalle die Ergebnisse nicht schwerwiegend verzerren. Die mittlere Katamnesedauer beträgt etwas mehr als 19 Monate (19,45).

Bei der Darstellung der Ergebnisse setzte ich die drei Verlaufsgruppen Go, Gsg und Gsv wie in der obenstehenden Tabelle nebeneinander. Die Häufigkeitsverteilungen der ausgewählten Merkmale rechnete ich absichtlich nicht in Prozente um, weil damit ein ungenaues Bild entstände. Lediglich für die Gegenüberstellung der Zahlen aller Interviews mit Zahlen der IPSO-Repräsentativ-Befragung (Blancpain 1983), setzte ich die absoluten Zahlen in Prozente um.

Die Unterschiede zwischen den Verlaufsgruppen, die sich beim Vergleich ergaben, interpretierte ich sehr zurückhaltend, da zufällige Abweichungen leicht zu besonderen Verteilungen geführt haben könnten.

Bei den Ergebnissen der nicht standardisierten, also offen gestellten, Fragen ist die Inhaltsanalyse besonders schwierig. Ich beschränkte mich daher bei diesen Fragen auf die Auswertung der Gesamtmenge der Interviews und verzichtete auf die Gegenüberstellung und den Vergleich der drei Verlaufsgruppen. Die Feststellung und die Interpretation von Unterschieden wären allzu willkürlich.

4.5. Qualität der Daten

In den Interviews wurde eine grosse Zahl von Daten erfragt. Die Motivation der Probanden zur sorgfältigen Beantwortung war abhängig von den angesprochenen Themenbereichen. - Kurze, klare und offene Fragen wurden eher zuverlässig beantwortet als sehr komplexe Fragen mit einer Vielfalt von Antwortvorgaben. Als günstig erwiesen sich Antwortvorgaben mit klar abgefasster Abstufung ohne inhaltliche Vorinterpretation.

Eine Fragegruppe, deren Beantwortung kontrolliert werden konnte, waren die Fragen zur Anzahl der Suizidversuche vor dem Suizidversuch, der zur Hospitalisation in der PUK führte (Frage 25-27 im Fragebogen). Ein Vergleich der Antworten mit den Angaben in den Krankengeschichten der PUK zeigte, dass von den interviewten 31 Probanden bei 16 die im Interview gemachten Angaben mit der Krankengeschichte übereinstimmen. 14 Probanden nannten im Interview frühere Suizidversuche, die in der Krankengeschichte nicht vermerkt waren und nur ein Proband verschwieg im Interview frühere Suizidversuche, die in der Krankengeschichte festgehalten waren.

Damit lässt sich vermuten, dass die Mehrzahl der Probanden diese und ähnliche wichtige Fragen zuverlässig beantwortete. Die zusätzliche Angabe von früheren Suizidversuchen ist ein Vertrauensbeweis und deckt einen Teil der Dunkelziffer der Suizidversuche auf.

4.6. Kritik der Methodik

Die Standardisierung der Nachuntersuchung ermöglichte einerseits die Erhebung einer grossen Datenmenge, die Vergleichbarkeit und die spätere elektronische Datenverarbeitung; andererseits schränkte sie die Möglichkeit ein, auf spezielle Fragen ausführlich einzugehen. - Das Konzept meiner Arbeit wurde durch die Vorentscheidung zur Standardisierung stark geprägt, und die Erarbeitung einer eigenständigen Thematik und Fragestellung erschwert.

Auch nimmt die Standardisierung immer einen Teil der Inhaltsanalyse im Forschungsprozess vorweg und die Umsetzung von Rohmaterial in Kategorienschemata ist möglicherweise nicht mehr nachvollziehbar. Standardisierung bedeutet deshalb einen Abstrich an Objektivität und Überprüfbarkeit (Lisch 1978). Das heisst mit anderen Worten, dass die Erstellung des Fragebogens als die eigentliche Schlüsselstelle des ganzen Forschungsprojektes betrachtet werden muss. Erst im Verlauf der Arbeit und in den Interviews wurden viele spannende Fragen und Aspekte fassbar, konnten jedoch nicht mehr einbezogen werden. So entstand bei mir der Eindruck, dass die vorliegende Arbeit in mancher Hinsicht erst eine Pilotstudie ist.

5. Ergebnisse

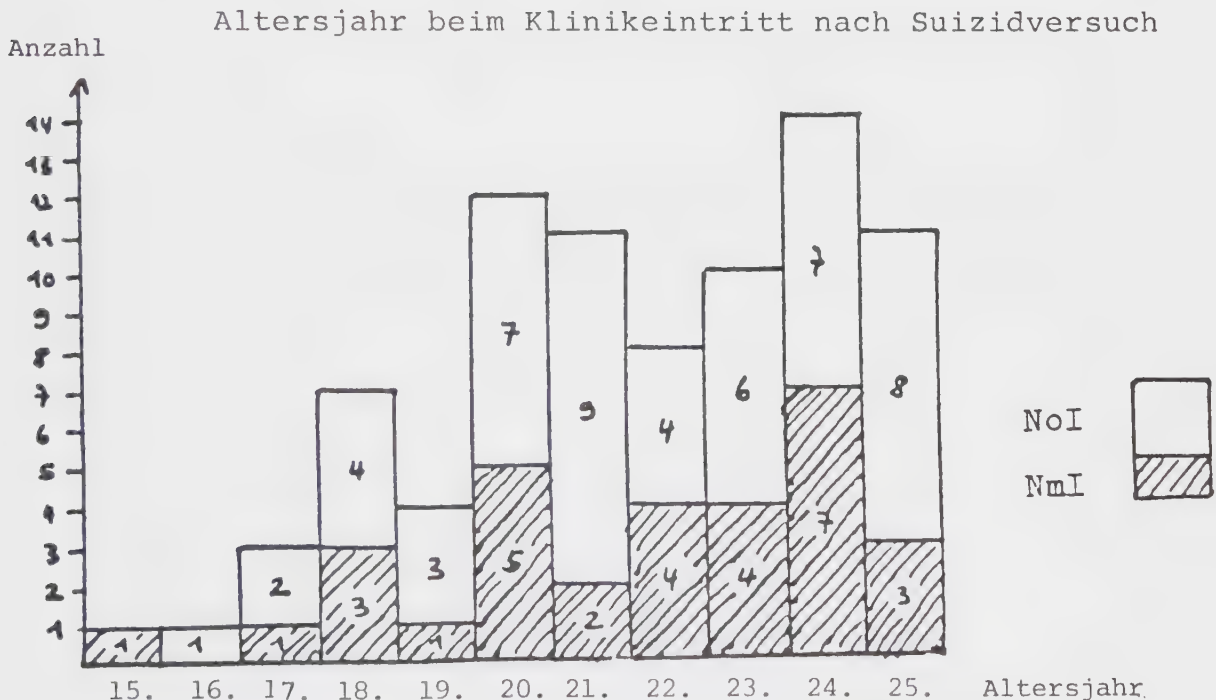
5.1. Beschreibung der gesamten Stichprobe (N) und der Teilstichproben ohne Interview (NoI) und mit Interview (NmI)

Die gesamte Stichprobe (N) umfasst die 82 Jugendlichen und jungen Erwachsenen bis 25-jährig, die 1977 oder 1978 nach einem Suizidversuch in der PUK Zürich hospitalisiert waren und bei denen ich den Krankengeschichten bei der Recherchierarbeit unabhängig davon, ob später ein Interview durchgeführt werden konnte, einige Basisdaten entnahm.

Diese Basisdaten aus den Klinik-Krankengeschichten werden in den folgenden Uebersichten dargestellt.

5.1.1. Alter, Geschlecht, Zivilstand

Tabelle 6



In den Spalten werden die Stichprobe N und ihre Teile NoI und NmI dargestellt.

- NoI ist die Teilstichprobe ohne Interview
- NmI ist die Teilstichprobe mit Interview
- N ist die gesamte Stichprobe

Tabelle 7

Mittleres Alter beim Klinikeintritt

	NoI	NmI	N
Mittleres Alter Jahre	21,61	21,61	21,61

Die Altersgruppe der über 20-Jährigen überwiegt. Das mittlere Alter beider Teilstichproben deckt sich auffällig genau.

Tabelle 8

Geschlecht

	NoI	NmI	N
weiblich	37% (19)	52% (16)	43% (35)
männlich	63% (32)	48% (15)	57% (47)
Total	100% (51)	100% (31)	100% (82)

Mit einer Differenz von 15 Prozentpunkten ist das männliche Geschlecht in der Teilstichprobe ohne Interview auffallend übervertreten. Die interviewten Probanden verteilen sich praktisch gleich auf die beiden Geschlechter. In der gesamten Stichprobe (N) sind deutlich mehr junge Männer als junge Frauen.

Tabelle 9

Zivilstand

	NoI	NmI	N
ledig	98% (50)	90% (28)	95% (78)
verheiratet	2% (1)	10% (3)	5% (4)
geschieden	0% (-)	0% (-)	0% (-)
Total	100% (51)	100% (31)	100% (82)

Es besteht eine leichte Uebersetzung der Verheirateten in der Teilstichprobe mit Interview (NmI) mit einer Differenz von 8 Prozentpunkten.

5.1.2. Nationalität, Freiheitsentzug

Tabelle 10

Nationalität

	NoI	NmI	N
Schweizerische Nationalität	76% (39)	94% (29)	83% (68)
andere Nationalität	24% (12)	6% (2)	17% (14)
Total	100% 51	100% 31	100% 82

Ein insgesamt hoher Anteil der Probanden hat eine andere als die schweizerische Nationalität. Der Anteil ist bei den Probanden ohne Interview (NoI) deutlich grösser, die Differenz beträgt 18 Prozentpunkte.

Tabelle 11

Freiheitsentzug

Anteil Suizidversuche in Gefangenschaft

(Suizidversuche, die in einer Haft- oder Gefängnisanstalt unternommen wurden, und zur Hospitalisation in der PUK führten)

	NoI	NmI	N
Suizidversuch in Haft- oder Gefängnisanstalt	22% (11)	0% (-)	13% (11)
Suizidversuch nicht in Gefangenschaft	78% (40)	100% (31)	87% (71)
Total	100% (51)	100% (31)	100% (82)

Mit 13% ist der Anteil Suizidversuche in Gefangenschaft insgesamt gross. Auffallend ist, dass bei keinem Jugendlichen, der den Suizidversuch in Gefangenschaft unternahm, ein Interview zustande gekommen ist. 22% der Probanden ohne Interview waren beim damaligen Suizidversuch in Gefangenschaft. Bei den Probanden mit Interview sind es 0%!

5.1.3. Berufe / Ausbildung

Tabelle 12

Berufe	NoI	NmI	N
Hilfsarbeiter	19% (10)	3% (1)	14% (11)
angelernte Arbeiter	4% (2)	6% (2)	5% (4)
gelernte Arbeiter (Produktion)	12% (6)	10% (3)	11% (9)
Hilfsangestellte	10% (5)	6% (2)	9% (7)
Angestellte Verkauf	8% (4)	0% (0)	5% (4)
Angestellte Gastgewerbe	15% (8)	6% (2)	12% (10)
Angestellte Gesundheitswesen	2% (1)	13% (4)	6% (5)
Angestellte kaufmännische	0% (0)	17% (5)	6% (5)
Angestellte übrige	6% (3)	10% (3)	7% (6)
Angestellte in leitender Stellung	0% (0)	3% (1)	1% (1)
künstlerischer Beruf	0% (-)	3% (1)	1% (1)
Schüler, Student	4% (2)	3% (1)	4% (3)
Lehrlinge	12% (6)	14% (4)	12% (10)
Anlehrling	0% (-)	3% (1)	1% (1)
ohne Arbeit/ Beruf	8% (4)	3% (1)	6% (5)
Total	100% (51)	100% (31)	100% (82)

In der Teilstichprobe NoI (ohne Interview) fällt auf, dass Hilfsarbeiter, Angestellte im Verkauf und im Gastgewerbe übervertreten und kaufmännische Angestellte untervertreten sind.

Tabelle 13

Berufsausbildung / Berufsgruppen

	NoI	NmI	N
ohne Berufslehre	57% (29)	23% (7)	44% (36)
mit Berufslehre	20% (10)	48% (15)	31% (25)
leitende Angestellte Selbständigerwerbende	0% (-)	6% (2)	2% (2)
in Ausbildung Arbeitslos	23% (12)	23% (7)	23% (19)
Total	100% (51)	100% (31)	100% (82)

In der Teilstichprobe ohne Interview sind Probanden ohne Berufslehre beträchtlich übervertreten und solche mit Berufslehre entsprechend untervertreten. Die Differenz beträgt 34 bzw. 24 Prozentpunkte.

5.1.4. Suizidversuche in der Anamnese Psychiatrische Diagnosen Hospitalisationsdauer

Tabelle 14

Frühere Suizidversuche in der Anamnese

	NoI	NmI	N
frühere Suizidversuche in der Anamnese	24% (12)	10% (3)	18% (15)
davon mehrmalige Suizid- versuche in der Anamnese	18% (9)	10% (3)	15% (12)
keine Suizidversuche in der Anamnese	76% (39)	90% (28)	82% (67)
Total	100% (51)	100% (31)	100% (82)

18% der Probanden hatten bei der Hospitalisation bereits einen oder mehrere Suizidversuche in der Vorgeschichte. 24% der Probanden ohne Interview und nur 10% der Probanden mit Interview haben Suizidversuche in der Anamnese. Erstaunlicherweise haben die drei betreffenden Probanden mit Interview alle mehrere Suizidversuche zu verzeichnen.

Von den 31 befragten Probanden (NmI) gaben später im Interview insgesamt 17 Probanden frühere Suizidversuche in der Anamnese an. Diese Diskrepanz weist auf die hohe Dunkelziffer hin und relativiert die in Tabelle 14 dargestellten Zahlen, die lediglich die bei der Hospitalisation bekannten und in der Krankengeschichte festgehaltenen früheren Suizidversuche umfassen.

Tabelle 15

Methode der suizidalen Handlung,
die zur Hospitalisation führte

Methode der suizidalen Handlung	ICD - Klasse	NoI	NmI	N
Vergiftung mit festem oder flüssigem Stoff	E 950	69% (36)	88% (27)	76% (63)
Erhängen Erdrasseln Ersticken	E 953	6% (3)	3% (1)	5% (4)
schneidende und stechende Gegenstände	E 956	21% (11)	6% (2)	16% (13)
Sturz aus der Höhe	E 957	0% (-)	3% (1)	1% (1)
andere, nicht genau bezeich- nete Methode	E 958	4% (2)	0% (-)	2% (2)
Total (1 Mehrfachant- wort)		100% (52)	100% (31)	100% (83)

Mit 76% haben die Intoxikationen den grössten Anteil. Dabei sind diese im Stichproben-Teil ohne Interview gegenüber dem Teil mit Interview mit einer Differenz von 19 Prozentpunkten seltener. Häufiger sind im Teil ohne Interview schneidende und stechende Gegenstände gebraucht worden (E 956); die Differenz beträgt 15 Prozentpunkte gegenüber dem Teil mit Interview.

Tabelle 16

Psychiatrische Diagnosen

	Diagnosen	ICD-Klasse	NoI	NmI	N
Psychosen	Organische Psychosen	290 - 294	8% (4)	6% (2)	7% (6)
	Schizophrene Psychosen	295	2% (1)	3% (1)	2% (2)
	Affektive Psychosen	296	2% (1)	3% (1)	2% (2)
	Reaktive depressive Psychosen	298.0	2% (1)	10% (3)	5% (4)
Neurosen	Hysterische Neurose	300.1	4% (2)	3% (1)	4% (3)
	Neurotische Depression	300.4	26% (13)	45% (14)	33% (27)
	andere Neurosen	300.8	4% (2)	3% (1)	4% (3)
	Persönlichkeitsstörungen	301	50% (25)	26% (8)	40% (33)
Sucht	Alkoholabhängigkeit	303	8% (4)	3% (1)	6% (5)
	Opiatabhängigkeit	304.0	10% (5)	3% (1)	7% (6)
	andere Drogen/ Medikamenten/ abhängigkeit	304.1-304.6	16% (8)	6% (2)	12% (10)
	andere nicht psychotische Störungen	306 - 310	32% (16)	32% (10)	32% (26)
	Total (Mehrfachdiagnosen!)		174% (82)	143% (45)	154% (127)

Bei insgesamt 81% der Probanden wurde die Diagnose einer Neurose oder einer Persönlichkeitsstörung aufgeführt. Diese beiden Diagnosengruppen machen den Hauptanteil der Diagnosen aus.

Psychosen wurden bei insgesamt 16% der Probanden diagnostiziert. Etwas häufiger (8 Prozentpunkte) sind Psychosen im Stichproben-Teil mit Interview. Diese Häufung ist vor allem durch die dreimal bei Probanden mit Interview gestellte Diagnose "Reaktive depressive Psychose" bedingt.

Bei den Neurosen, die bei insgesamt 41% der Probanden diagnostiziert wurden, ist eine Häufung von "Neurotischen Depressionen" festzustellen (insgesamt 33%). Diese Diagnose wurde häufiger, mit einer Differenz von 19 Prozentpunkten, bei den Probanden mit Interview gestellt.

Persönlichkeitsstörungen wurden bei 40% der Probanden diagnostiziert. Im Stichproben-Teil ohne Interview überwiegen sie mit 24 Prozentpunkten und sind damit doppelt so häufig gegenüber dem Teil mit Interview.

Eine Abhängigkeit von einem oder mehreren Suchtmitteln wurde bei 25% der Probanden festgestellt. Mit 22 Prozentpunkten überwiegen diese Diagnosen im Stichproben-Teil ohne Interview verglichen mit dem Stichproben-Teil mit Interview.

Tabelle 17

Dauer der Hospitalisation

Dauer der Hospitalisation in Tagen	NoI	NmI	N
1 bis 5 Tage	33% (17)	39% (12)	35% (29)
6 bis 10 Tage	33% (17)	29% (9)	31% (26)
11 bis 20 Tage	12% (6)	19% (6)	15% (12)
21 bis 30 Tage	6% (3)	0% (-)	4% (3)
mehr als 30 Tage	16% (8)	13% (4)	15% (12)
Total	100% (51)	100% (31)	100% (82)

Die kurzdauernden Hospitalisationen bis zehn Tage überwiegen insgesamt deutlich mit 66%. In den beiden Teilstichproben sind die Unterschiede gering, mit 9 Prozentpunkten überwiegen längere Hospitalisationszeiten über zwanzig Tagen beim Teil ohne Interview gegenüber dem Teil mit Interview.

5.1.5. Verfügbare katamnestische Angaben über die Teilstichprobe ohne Interview (NoI)

Von den 51 Jugendlichen, mit denen kein Interview zustande kam, konnten trotzdem einige katamnestische Angaben erhoben werden, ohne dass diese Datengewinnung gezielt betrieben wurde. Untenstehende Liste zeigt, woher diese Angaben erhalten wurden.

Tabelle 18

Quelle der Angaben zur Katamnese ohne Interview

Persönliches Gespräch	2
Telephonisches Gespräch	10
Auskünfte von Drittpersonen	35
Keinerlei Auskünfte/Angaben	<u>4</u>
	NoI = 51

Art der Angaben

Differenzierte Angaben	21
Lediglich mutmasslicher Aufenthaltsort bekannt	22
Gelten bei Auskunftsperson als unauffindbar	4
Keinerlei Angaben oder Spur vorhanden	<u>4</u>
	NoI = 51

Ein junger Mann hat sich das Leben genommen. Nach Angaben der Eltern beging er den Suizid neun Monate nach dem Suizidversuch, der Anlass zur Hospitalisation gab. Er war Heroinfixer und war seit vor dem Suizidversuch und bis zum Suizid in Untersuchungshaft!

Bei 14 Probanden weisen die Auskünfte auf einen ungünstigen Verlauf hin mit erneuten Suizidversuchen (7), Suchtproblematik (6) und Aufenthalt in Gefängnis (4).

Bei 6 Probanden sind keine äussern Anhaltspunkte für einen ungünstigen Verlauf vorhanden.

Bei 30 Probanden sind keine Aussagen zum Verlauf möglich.

Die Rezidivrate von Suizidhandlungen (8 bei 21 Probanden mit differenzierten katamnestischen Angaben) beträgt 38%.

5.1.6. Zusammenfassung der Hauptunterschiede der Teilstichproben ohne Interview (NoI)/mit Interview (NmI)

Bei verschiedenen Merkmalen zeigt sich eine ungleiche Verteilung auf Teilstichproben NoI/NmI.

Die folgende Tabelle zeigt eine Liste von 8 Merkmalen, die mit einer Prozentpunkte-Differenz von 14 und mehr in der Teilstichprobe ohne Interview (NoI) übervertreten sind.

Tabelle 19a

Merkmal	Differenz NoI/NmI in Prozentpunkten
männliches Geschlecht	15
ausländische Nationalität	18
Freiheitsentzug, Gefängnisaufenthalt	22
unqualifizierte Berufe (ohne Berufslehre)	34
frühere Suizidversuche in Anamnese	14
Verwendung schneidender oder stechender Gegenstände beim Suizidversuch (ICD Nr. E 956)	15
Diagnose einer Persönlichkeitsstörung (ICD Nr. 301)	24
Diagnose einer Alkohol- oder Drogenabhängigkeit (ICD Nr. 303/304)	22

Diese Merkmale sind bei einzelnen Probanden in Kombinationen festzustellen. Diese Kombinationen sind für die Merkmale der Teilstichprobe ohne Interview (NoI) in Tabelle 19b dargestellt. In dieser Tabelle lässt sich ablesen, bei wievielen Probanden zwei bestimmte Merkmale zusammen vorhanden sind.

Tabelle 19b

Anzahl Probanden ohne Interview (NoI) mit Kombinationen der Merkmale aus Tabelle 19a.

NoI (=51)	Männer	Aus- länder	Gefäng- nis	ohne Berufs- lehre	frühere Suizid- versu- che	ICD E 956	ICD 301	ICD 303/4
Männer	32	8	11	18	5	8	12	12
Ausländer	8	12	3	8	2	4	2	2
Gefängnis	11	3	11	8	2	6	4	5
ohne Berufslehre	18	8	8	29	7	6	12	4
frühere Suizidversuche	5	2	2	7	12	-	5	6
ICD E 956	8	4	6	6	-	11	4	2
ICD 301	12	2	4	12	5	4	25	6
ICD 303/4	12	2	5	4	6	2	6	17

Die Verteilung zeigt einige auffällige Ergebnisse:

- Alle Suizidversuche im Gefängnis betreffen Männer.
- Ausländer sind sowohl bei den Suizidenten im Gefängnis (3 von 11), als auch bei den unqualifizierten Berufen (8 von 29) übervertreten.
Im Détail sind von 10 Hilfsarbeitern 3 Ausländer und von 8 Angestellten im Gastgewerbe 4 Ausländer.
- Alkohol-/oder Drogenabhängigkeit sind sowohl im Gefängnis (5 von 11, davon 4 Opiatabhängige!) als auch bei den Suizidenten mit Suizidversuchen in der Anamnese (6 von 12) übervertreten.
- Bei den Suizidenten im Gefängnis sind sowohl die unqualifizierten Berufe (8 von 11) als auch die Verwendung stechender und schneidender Gegenstände beim Suizidversuch (6 von 11), übervertreten.

Aufgrund der kleinen Zahlen können wir lediglich vermuten, dass diese Kombinationen nicht zufällig sind, sondern charakteristische Korrelationen darstellen.

Einigermassen sicher, aber ohne die Gewähr statistischer Signifikanz *) lässt sich beim Vergleich der beiden Teilstichproben mit Interview und ohne Interview zusammengefasst festhalten:

Die Suizidenten, bei denen kein Interview gemacht werden konnte,

- sind sehr viel häufiger beruflich unqualifiziert, d.h. ohne Berufslehre.
- waren beim Suizidversuch wesentlich häufiger im Gefängnis.
- hatten wesentlich häufiger die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung und/oder einer Alkohol- oder Drogenabhängigkeit.
- waren häufiger Ausländer, häufiger Männer, verwendeten häufiger beim Suizidversuch stechende oder schneidende Gegenstände und hatten häufiger frühere Suizidversuche in der Anamnese.
- zusätzlich liegt die Rate der Rezidive von Suizidhandlungen (8 bei den 21 Probanden der Teilstichprobe ohne Interview, über die katamnestische Auskünfte erhältlich waren) mit ca.38% doppelt so hoch wie die Rate der Rezidive bei den Probanden mit Interview (6 von 31, ca. 19%).

*) s. Kap. Methodik 4.4.2

5.2. Beschreibung der persönlich nachbefragten 31 Probanden

Die nachbefragten Jugendlichen (und jungen Erwachsenen) werden mit soziografischen, anamnestischen und aktuellen Daten charakterisiert. Die Daten sind mit dem beim Interview verwendeten Fragebogen erhoben worden.

Die Spalte NmI beschreibt die Nachbefragten insgesamt. In den Spalten Go, Gsg und Gsv werden die entsprechend dem katamnestischen Verlauf eingeteilten Gruppen dargestellt (s. dazu Kap. 4.4.3.).

- Go ist die Gruppe ohne erneute Suizidgedanken und Suizidversuche
- Gsg ist die Gruppe mit erneuten Suizidgedanken ohne Suizidversuch
- Gsv ist die Gruppe mit erneutem Suizidversuch

5.2.1. Soziografische Daten

Tabelle 20

Anzahl Probanden	Go	Gsg	Gsv	NmI
	13	12	6	31
Alter				
Durchschnittsalter bei Klinikeintritt (Jahre)	21,9	21,6	21,2	21,6
Geschlecht				
Weibliches Geschlecht	5	6	5	16
Männliches Geschlecht	8	6	1	15
Zivilstand				
ledig	10	12	6	28
verheiratet	3	-	-	3
Haben Sie Kinder? (4.1.) *				
ja	-	-	1	1
nein	13	12	5	30

Die Rezidivgruppe zeigt ein tieferes Durchschnittsalter. Wir finden darin auffälligerweise 5 junge Frauen und nur einen jungen Mann. Alle drei verheirateten Probanden sind in der Gruppe ohne erneute Suizidgedanken (Go). Lediglich eine der Probanden der Rezidivgruppe (Gsv) hat ein (einziges) Kind, sie ist ledige Mutter.

*Diese Nummer bezeichnet die Fragen-Nummer im Fragebogen (s. Anhang)

Tabelle 21

Selbständigkeit

	Go	Gsg	Gsv	NmI
Selbständigkeit ja	9	10	5	24
unter elterlicher Gewalt	3	2	-	5
Vormund	-	-	1	1
Beistand	1	-	-	1

Wohnsitz

Grossstadtkern	5	7	3	15
Vorort Grossstadt	3	2	3	8
Agglomeration	1	-	-	1
Kleinstadt	2	2	-	4
Land	2	1	-	3

Beruf, Stellung

<u>Manuelle Tätigkeit</u>				
Hilfsarbeiter	-	-	1	1
Angelernter Arbeiter(in)	-	2	-	2
Gelernter Arbeiter(in)	2	1	-	3
<u>Angestellte / Dienstleistung</u>				
Hilfsangestellte(r)	1	1	-	2
Angestellte(r) Verkehr/PTT	2	-	-	2
Angestellte(r) Gastgewerbe	1	1	-	2
Angestellte(r) Gesundheitsw.	-	1	3	4
Kaufmännische Angestellte(r)	2	2	-	4
EDV	-	1	-	1
<u>Höhere Angestellte</u>				
Geschäftsleiter	1	-	-	1
<u>Selbständigerwerbende</u>				
Anerkannter künstlerischer Beruf	1	-	-	1
<u>Nicht berufstätig</u>				
Schüler/Student(in)	-	-	1	1
Lehrling	2	1	1	4
Anlehrling	1	-	-	1
Prostitution	-	1	-	1
arbeitslos über längere Zeit (mehr als 4 Wochen)	-	1	-	1

<u>Total Probanden</u>	13	12	6	31
------------------------	----	----	---	----

Ueber 2/3 der Probanden wohnten in der Grossstadt Zürich oder in einem der Vororte von Zürich.

4 Probanden sind Angestellte im Gesundheitswesen, davon sind 3 in der Rezidivgruppe.

Tabelle 22

Ausbildung

In welcher Schule haben Sie
die obligatorische Schulzeit
beendet? (57.2.)

	Go	Gsg	Gsv	NmI
Hilfsschule, Spezialklasse	-	-	-	-
Primar-, Ober-, Werkschule (ZH)	3	1	-	4
Realschule (ZH), Sekundarschule (AG, BL, SO)	4	5	2	11
Sekundarschule (ZH u.a.)	2	6	2	10
Mittelschule	2	-	2	4
Privatschule	2	-	-	2

Welche Ausbildung haben Sie
nach der obligatorischen Schul-
zeit begonnen? (58.1.)

höhere Schule	1	1	2	4
Berufslehre	9	7	1	17
Anlehre	2	2	2	6
keine	1	2	1	4

Haben Sie diese Ausbildung ohne
Abschluss abgebrochen? (58.4.)

ja	3	5	4	12
----	---	---	---	----

Welche Berufs-/Ausbildungsab-
schlüsse haben Sie gemacht? (59.1.)

Gewerblich-industrielle Lehre	4	2	-	6
Kaufmännische Lehre	2	2	-	4
Andere reglementierte Berufsleh- ren (Gastgewerbe, Verkauf, Spital, Coiffeuse)	1	1	2	4
Künstlerische Ausbildung mit Abschluss	1	-	-	1
Anlehre	1	2	-	3
Mittelschulabschluss (Matura)	-	-	1	1
Keine	4	5	3	12

Total Probanden	13	12	6	31
-----------------	----	----	---	----

Festzuhalten sind auffallend hohe Zahlen von Ausbildungsabbruch und Probanden ohne Ausbildungsabschluss (davon sind noch drei in Ausbildung).

Deutlich weniger qualifizierte Ausbildungen bzw. überhaupt keine abgeschlossene Ausbildung haben die Probanden der Rezi-divgruppe (Gsv).

5.2.2. Herkunftsfamilie

Tabelle 23

Beruf und Stellung der Eltern

(nur Beruf/Stellung des Vaters bzw. Pflegevaters bis zum 16. Lebensjahr des Probanden) (43.)	Go (13)	Gsg (12)	Gsv (6)	NmI (31)
Hilfsarbeiter	-	1	-	1
angelernter Arbeiter	-	-	-	-
gelernter Arbeiter	1	2	2	5
Arbeiter mit Vorgesetztenfunkt.	3	2	-	5
Hilfsangestellter	-	-	1	1
Angestellter (Dienstleistung)	3	3	2	8
mittlerer Angestellter	-	1	-	1
qualifizierter Angestellter	1	1	-	2
höherer Angestellter	-	1	1	2
Akademiker/Angestellter	1	-	-	1
Angestellter in höchster Stellung	-	-	-	-
Selbständigerwerbend				
Landwirtschaft/Kleinbetrieb	2	2	-	4
Unternehmer&selbst.Akademiker	1	-	-	1

Wie war/ist die finanzielle
Situation der Familie? (45.1.)

wohlhabend	3	2	2	7
durchschnittlich	10	10	4	24
minderbemittelt	-	-	-	-

War Ihre Mutter (Pflegemutter)
nach Ihrer Geburt berufstätig? (46.)

bis 6. Lebensjahr	ja	6	6	1	13
	nein	7	6	5	18

Tabelle 24

Situation bei Geburt

Glauben Sie, dass Sie ein er- wünschtes Kind waren?	Go (13)	Gsg (12)	Gsv (6)	NmI (31)
ja	6	4	3	13
nein	4	5	2	11
weiss nicht	3	3	1	7

Sind Sie ehelich geboren?

ja	13	10	5	28
nein	-	2	1	3

Tabelle 25

Unvollständige Familie

Sind Sie bis 16 Jahre bei beiden Eltern aufgewachsen?	Go (13)	Gsg (12)	Gsv (6)	NmI (31)
ja	7	8	5	20
nein	6	4	1	11
davon				
Scheidung/Trennung der Eltern	5	1	1	7
Tod des Vaters	1	2	-	3
Pflegeeltern	1	3	1	5

Waren Sie in einem Heim? (49.)

nein	9	7	6	22
ja	4	5	-	9

Beruf und Stellung des Vaters, sowie die Frage nach der finanziellen Situation, erlauben die Aussage, dass die Befragten aus unteren und mittleren sozialen Schichten kommen.

Ca. 42% der Mütter der Befragten waren berufstätig, als diese noch im Kleinkindesalter waren; jedoch blieb dabei niemand ohne Ersatz-Betreuung, die bei ca. 29% in einem Heim erfolgte.

Ca. 42% der Befragten können sagen, dass sie ein erwünschtes Kind waren.

Rund 35% der Probanden sind bis zum 16. Lebensjahr nicht bei beiden Eltern aufgewachsen.

Die Verteilungen zeigen für die Rezidivgruppe (Gsv) eine eher geringere Belastung mit äusseren familiären Veränderungen.

5.2.3. Vorgeschichte

Tabelle 26

Kindheit, Schulzeit

Gab es in Ihrer Kindheit
besondere Probleme für Sie?
wenn ja: welche? (53.)

	Go (13)	Gsg (12)	Gsv (6)	NmI (31)
keine	7	3	5	15
weiss nicht mehr	2	2	-	4
ja	4	7	1	12
körperliche	2 x	2 x	-	4 x
psychische	3 x	3 x	-	6 x
andere	-	1 x	1 x	2 x

andere: Konflikte mit Mutter

Hätten Sie in der Schulzeit
besondere Probleme?
wenn ja: welche; (54.)

keine	4	1	2	7
weiss nicht mehr	1	-	-	1
ja	8	11	4	23
Lernschwierigkeiten	3 x	8 x	2 x	13 x
Klasse wiederholt	3 x	3 x	2 x	8 x
Prüfungsangst	5 x	3 x	1 x	9 x
Kontaktstörung	2 x	7 x	1 x	10 x
Verhaltensstörung	-	5 x	-	5 x
Sonderklasse	-	2 x	-	2 x
andere	1 x	-	1 x	2 x

andere: - allgemeinspsychische
- somatische

Auffallend ist der hohe Anteil - 74% - der Probanden, der angibt, während der Schulzeit besondere Probleme gehabt zu haben. Die Gruppe mit erneuten Suizidgedanken (Gsg) gibt gehäuft Probleme an.

Tabelle 27

Gebrauch von Drogen

Welche Drogen nehmen Sie zur Zeit,
bzw. haben Sie früher genommen?
Wie? Wie häufig?

		Go (13)	Gsg (12)	Gsv (6)	NmI (31)
sporadisch	Schlaf-/Schmerzmittel	-	3	-	3
	Tranquillizer	1	1	-	2
	Haschisch	4	7	1	12
	LSD	2	2	1	5
	Amphetamin	2	2	-	4
	Cocain	1	1	-	2
	Opiat	1	1	-	2
täglich	Schlaf-/Schmerzmittel	2	2	1	5
	Tranquillizer	-	1	1	2
	Haschisch	1	-	-	1
	LSD	-	-	-	-
	Amphetamin	1	3	-	4
	Cocain	-	-	-	-
	Opiat	-	-	-	-
sporadisch insgesamt		5	7	1	13
täglicher Gebrauch insgesamt		2	3	1	6

42% der Befragten geben sporadischen und 19% täglichen Drogenkonsum an. Keiner davon ist heroinabhängig. In der Verlaufsgruppe mit erneuten Suizidgedanken sind Drogenkonsum übervertreten, in der Rezidivgruppe seltener.

Tabelle 28

Kontakt mit Institutionen

Haben Probleme in Ihrem Leben,
ausser dem Selbstmordversuch,
zu Kontakten mit folgenden
Institutionen geführt?

	Go (13)	Gsg (12)	Gsv (6)	NmI (31)
Schulpsychologischer Dienst	1	1	1	3
Privatpsychiater	5	2	1	8
Psychiatrische Klinik	1	5	-	6
Spitalaufenthalt	3	3	2	8
andere therapeutische Institu- tionen	1	2	1	4
Kontakte insgesamt	13	16	8	37
Befragte mit Kontakten	8	10	5	23

74% der Befragten geben Kontakte mit psychologisch-/ psychiatrischen Institutionen ausserhalb der psychiatrischen Hospitalisation, die nach dem Suizidversuch erfolgte, an. - Die Verlaufsgruppe Go ohne erneute Suizidgedanken oder Suizidversuche hat eine relativ etwas niedrigere Rate von solchen Kontakten.

5.2.4. Aktuelle Situation

Tabelle 29

Wohnen, Partnerschaft, Beziehungen

Wo wohnen Sie zur Zeit? (1.1.)	Go (13)	Gsg (12)	Gsv (6)	NmI (31)
Mietzimmer	-	2	1	3
Mietwohnung	12	7	4	23
Haus gemietet	-	-	-	-
Wohneigentum	-	-	-	-
anderes	1	3	1	5

anderes: -Eltern besitzen Haus (2 x);/-Heim;/-Wohngemeinschaft;/-Wohnwagen.

Wohnen Sie allein oder mit anderen Personen zusammen?(1.2.)

allein	2	6	2	10
mit Partner, Kindern	7	1	2	10
mit Eltern, Herkunftsfamilie	3	3	-	6
mit Freunden	-	-	-	-
mit Kollegen, ohne besonderen Kontakt	-	-	-	-
Notunterkunft	-	-	-	-
anderes	1	2	2	5

anderes: -mit Katze; - Heim; - Wohngemeinschaft; - provisorisch bei Kollegin; -- separat in elterlichen Wohnung.

Haben Sie gegenwärtig einen festen Partner? (5.1.)

Freund/-in seit kurzem	-	2	-	2
Freund/-in seit längerer Zeit	5	7	4	16
Ehepartner	3	-	-	3
nein, keinen	5	3	2	10

Haben Sie die Beziehungen, die Sie sich wünschen? (6.1.)

ja	10	7	3	20
teilweise	2	2	3	7
nein	1	3	-	4

Je ein Drittel der Probanden wohnt allein oder mit einem Partner zusammen. 7 von 10 Probanden, die mit dem Partner zusammenwohnen, sind in der Gruppe ohne erneute Suizidge danken (Go). 21 von 31 Probanden (68%) haben eine feste Bezugsperson. 10 davon leben mit ihrem Partner zusammen. Insgesamt 20 von 31 Probanden sind mit ihrer jetzigen Beziehungssituation zufrieden, in der Rezidivgruppe sind es 3 von 6, also relativ etwas weniger.

Tabelle 30

Arbeit und Finanzen

Wie arbeiten Sie gegenwärtig? (2.2.)	Go (13)	Gsg (12)	Gsv (6)	NmI (31)
ganztags, regelmässig	7	7	5	19
teilzeit, regelmässig	2	3	-	5
gelegentlich	1	-	-	1
Hausfrau	-	-	-	-
Berufslehre	1	-	-	1
Schule, Uni	-	-	1	1
ohne Arbeit	2	2	-	4
anderes	-	-	-	-

Haben Sie zur Zeit finanzielle
Schwierigkeiten? (3.3.)

nein	9	7	3	19
ja, etwas	3	2	2	7
ja, sehr	1	3	1	5

19 von 31 (61%) der Probanden arbeiten ganztags und regelmässig, 5 von 31 (16%) teilzeit und regelmässig. 4 von 31 (13%) geben an, ohne Arbeit zu sein. 12 von 31 (39%) geben an, finanzielle Schwierigkeiten zu haben.

Probanden mit regelmässiger Arbeit und Probanden mit finanziellen Schwierigkeiten sind in der Verlaufsgruppe Gsg und in der Rezidivgruppe leicht übervertreten.

Tabelle 31

Somatische Befindlichkeit

Fühlen Sie sich körperlich gesund? (10.1.)	Go (13)	Gsg (12)	Gsv (6)	NmI (31)
ja	9	8	4	21
habe geringfügige Beschwerden	2	4	2	8
nein, fühle mich nicht gesund	2	-	-	2

Waren Sie im letzten Monat in
ärztlicher Behandlung? (10.2.)

nein	9	5	4	18
ja, wegen körperlichen Be- schwerden	2	4	1	7
ja, wegen psychischen Beschwer- den	2	-	-	2
ja, wegen beidem	-	3	1	4

Machen Sie sich oft Gedanken
über Ihre körperliche Gesund-
heit? (10.3.)

nein	7	5	3	15
ja, etwas	3	5	2	10
ja, sehr	3	2	1	6

Ist Ihr körperliches Befinden
- so wie Sie es angegeben
haben - stabil oder schwankt
es? (11.1.)

ist stabil	8	3	3	14
schwankt etwas	3	7	2	12
schwankt in Intervallen	2	-	1	3
schwankt praktisch täglich	-	2	-	2

Rund 1/3 der Probanden fühlt sich körperlich nicht ganz ge-
sund und stand deswegen im letzten Monat in ärztlicher Be-
handlung. Rund 1/2 der Probanden machen sich Gedanken über
ihre körperliche Gesundheit und ebenso rund 1/2 geben ein
schwankendes Befinden an.

Die Verlaufsgruppe Gsg gibt relativ etwas häufiger Stö-
rungen der somatischen Befindlichkeit an.

Psychische Befindlichkeit

Wie ist Ihre Stimmung in letzter Zeit?
(etwa im letzten Monat) (19.1.)

	Go (13)	Gsg (12)	Gsv (6)	NmI (31)
ausgeglichen, fühle mich gut	7	1	2	10
schwankt etwas	4	9	1	14
schwankt sehr	2	2	2	6
fühle mich dauernd schlecht	-	-	1	1

Haben Sie Angstgefühle? (20.)

nein	9	4	2	15
ja, aber selten	1	5	1	7
ja, öfters	3	1	3	7
ja, fast ständig	-	2	-	2

Glauben Sie, dass Sie auf die Dauer mit Ihrem Leben zufrieden sein werden? (61.2.)

ja, sicher	5	1	2	8
ja, wahrscheinlich	6	6	4	16
weiss nicht	2	4	-	6
nein, eher nicht	-	1	-	1
sicher nicht	-	-	-	-

Sind Sie zur Zeit mit Ihrem Leben zufrieden oder denken Sie, es könnte besser sein? (61.3.)

ja	9	3	3	15
könnte besser sein	3	9	3	15
nicht zufrieden	1	-	-	1

Rund 1/3 der Probanden fühlt sich ausgeglichen und gut, davon ist die Mehrheit, 7 von 10, in der Gruppe ohne erneute Suizidgedanken. Bei 6 von 31 Probanden schwankt die Stimmung sehr, und ein Proband fühlt sich fast dauernd schlecht.

Bei der Frage nach den Angstgefühlen ergibt sich vom Muster her eine ähnliche Verteilung. 1/2 der Probanden verneint, Angstgefühle zu haben.

Die Mehrheit der Nachuntersuchten glaubt, auf die Dauer mit dem Leben wahrscheinlich oder sicher zufrieden zu sein. Unsicher sind 6 von 31, davon 4 aus der Gruppe mit erneuten Suizidgedanken und niemand aus der Rezidivgruppe. Zur Zeit sind 1/2 der Probanden mit ihrem Leben zufrieden, 1/2 findet, es könnte besser sein, davon 9 von 15 aus der Gruppe Gsg. Insgesamt gibt die Verlaufsgruppe mit erneuten Suizidgedanken etwas häufiger Störungen der psychischen Befindlichkeit an.

5.2.5. Verlauf der Suizidalität

Tabelle 33

Frühere Suizidalität (Vorgeschichte)

Wie alt waren Sie, als Ihnen die <u>ersten Selbstmordge-</u> <u>danken kamen?</u> (23.1.)	Go (13)	Gsg (12)	Gsv (6)	NmI (31)
19 - 25 Jahre	5	3	3	11
16 - 18 Jahre	3	4	2	9
11 - 15 Jahre	3	4	1	8
unter 10 Jahren	2	1	-	3

Wie alt waren Sie beim er-
sten Selbstmordversuch? (24.)

Jahre	13	-	2	-	2
	14	1	-	-	1
	15	1	-	-	1
	16	1	-	1	2
	17	2	2	-	4
	18	2	1	-	3
	19	1	1	1	3
	20	1	3	-	4
	21	-	1	2	3
	22	-	-	1	1
	23	2	2	1	5
	24	2	-	-	2

Durchschnitt: 19,2 Jahre

Wie oft haben Sie insgesamt
versucht, sich das Leben zu
nehmen? (25.)

Anzahl	1 x	4	7	-	11
	2 x	5	4	3	12
	3 x	2	-	1	3
	4 x	1	-	1	2
	5 x	1	-	1	2
	mehr als 5 x	-	1	-	1*

* ca. 10 x

Der Versuch, auf den wir uns
beziehen, war Versuch Nr. (27.)

Nr. 1	4	7	3	14
Nr. 2	5	4	2	11
Nr. 3	2	-	1	3
Nr. 4	1	-	-	1
Nr. 5	1	-	-	1
ca. Nr.10	-	1	-	1

In der Rezidivgruppe (Gsv) werden tendenziell die ersten Suizidgedanken und die ersten suizidalen Handlungen etwas später angegeben, als bei den beiden anderen Gruppen.

Insgesamt 20 (65%) der Nachbefragten haben mehr als einen Suizidversuch hinter sich. Am wenigsten Wiederholer finden sich in der Gruppe Gsg.

Der erfragte Suizidversuch ist der Versuch, "auf den wir uns beziehen", der zur Hospitalisation in der PUK geführt hatte und damit Anlass zur Nachuntersuchung gab. Dieser Versuch wird in der Folge auch "Referenz-Suizidversuch" genannt.

Tabelle 34

Katamnестischer Verlauf der Suizidalität

Haben Sie seit dem Selbstmordversuch, auf den wir uns beziehen, wieder daran gedacht, Ihr Leben zu beenden? (22.3.)

	Go	Gsg	Gsv	NmI
nein	13	-	-	13
ja, einmal	-	6	1	17
ja, mehrmals	-	6	5	11

Haben Sie seit dem Selbstmordversuch, auf den wir uns beziehen, nochmals versucht, Ihr Leben zu beenden? (22.3.)

nein	13	12	-	25
ja, einmal	-	-	4	4
ja, mehrmals	-	-	2	2

Obenstehende Fragen nach Suizidgedanken und erneuten Suizidversuch haben das Kriterium für die Einteilung in die drei Verlaufsgruppen geliefert (s. Kap. 4.4.3.). Bei zwei Probanden ist es zu mehr als einem Rezidiv (je 2 Rezidive) gekommen.

wenn nein:

Was hat Sie zurückgehalten?

- Partner (in)	3	
- Angst vor Nichtgelingen	2	
- Angst vor Klinik	1	
- Ablenkung	2	
- Hoffnung auf Besserung / Lebensfreude	2	
- keine Angaben	2	

Tabelle 35

Aktuelle Suizidalität

Finden Sie das Leben an sich sinnvoll oder haben Sie manchmal das Gefühl, es sei sinnlos? (21.1.)

	Go (13)	Gsg (12)	Gsv (6)	NmI (31)
finde es sinnvoll	8	3	3	14
sehe manchmal keinen Sinn	5	7	3	15
finde es überwiegend sinnlos	-	1	-	1
sehe überhaupt keinen Sinn	-	1	-	1

Hat sich daran etwas geändert in der Zeit nach dem Selbstmordversuch, auf den wir uns beziehen? (21.2.)

ja, sehr viel	8	1	3	12
ja, etwas	4	8	2	14
nein	1	3	1	5
weiss nicht	-	-	-	-

Glauben Sie, dass Sie in einer bestimmten Lebenssituation wieder Ihrem Leben ein Ende setzen möchten? (61.1.)

ja, sicher	4	2	-	6
ja, wahrscheinlich	1	4	-	5
weiss nicht	1	3	2	6
nein, eher nicht	3	1	2	6
sicher nicht	4	2	2	8

Rund 1/2 der Probanden sieht zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung manchmal im Leben keinen Sinn. 2 Probanden, beide aus der Gruppe mit erneuten Suizidgedanken, finden das Leben überwiegend sinnlos oder sehen überhaupt keinen Sinn. Für 5 Probanden hat sich an dieser Einstellung seit dem Referenz-Suizidversuch nichts geändert, drei dieser fünf sind aus der Gruppe mit erneuten Suizidgedanken.

Rund 1/3 der Nachbefragten glaubt, dass sie sicher oder wahrscheinlich in einer bestimmten Lebenssituation ihrem Leben wieder ein Ende setzen möchten. Von der Rezidivgruppe glaubt das keiner, jedoch relativ viele, 9 von 25, der beiden anderen Verlaufsgruppen.

1 Probandin aus der Rezidivgruppe war beim Interview, vom Untersucher aus gesehen, erneut stark rezidivgefährdet und benötigte Beratung und Kontaktvermittlung an eine Betreuungsperson. Diese Probandin beantwortete die Frage 21.1. mit "sehe manchmal keinen Sinn", 21.2. "ja, etwas", und 61.1. mit "weiss nicht".

5.3. Vorstellungen vom Tod

5.3.1. Darstellung der Antwortprotokolle

Die betroffenen Jugendlichen wurden auch nach ihren Vorstellungen vom Tod befragt.

23.2. Wie stellten Sie sich den Tod
in Ihren Selbstmordgedanken vor?

Die Befragten hatten häufig im ersten Augenblick mit dieser Frage etwas Mühe. Ich habe jeweils darauf aufmerksam gemacht, dass es sowohl gefühlsmässige als auch weltanschauliche Vorstellungen vom Tod geben könne. Nach dieser Intervention kam dann meistens eine Antwort, die ich stichwortartig protokollierte. Diese Stichworte werden im folgenden dargestellt:

- (1) Unvorstellbar, keine Angst, glaubt an Leben nach dem Tod, Tod ist wie Schlaf, will sich den Tod nicht genau vorstellen.
- (2) Ruhe haben, Erlösung von innerer Spannung, allein sein. Vorstellung nach Suizidversuch nicht geändert, will sich keine Gedanken machen.
- (3) Wie Davonrennen, einen Schalter umkippen, sonst unvorstellbar.
- (4) Tod ist tot, weg. Wüste Vorstellung, macht traurig und Angst.
- (5) Erlösung, Dauerschlaf, Ruhe, seelisches Weiterleben.
- (6) Angenehm, keine Angst, war unter Drogeneinfluss, machte sich keine weiteren Gedanken, glaubt nicht, dass nach dem Tod etwas kommt.
- (7) Nichts vorgestellt; dachte nie, es sei einfach fertig. Liest Bücher über Wiedergeburt, glaubt an Weiterleben in anderer Form, bis er sich selber gefunden hat. Er würde nur noch sicheren Suizid machen.
- (8) War damals im Rausch, keine Vorstellung gehabt.
- (9) Unvorstellbar, nichts gedacht ausser: Irgendetwas wird schon kommen.
- (10) Nie darüber nachgedacht, weiss nicht.
- (11) Schwarz, nach dem Tod ist nichts.
- (12) Frieden. Zweifelt am Leben nach dem Tod.
- (13) Dachte, es sei besser nach dem Tod, wo nichts ist. Sie will nie mehr stümperhaft Suizid begehen.
- (14) Vom Himmel runterschauen, Uebersicht haben, sehen, was andere tun, weiterarbeiten, für Ordnung schauen.
- (15) Tote haben keinen Anteil mehr am Leben, glaubt nicht an Seelenwanderung.
- (16) Nichts sehen und hören, Dunkel und Ruhe. Versteht sich als Atheistin.
- (17) Glaubte früher an Wiedergeburt als Mensch, jetzt nicht mehr.
- (18) Einfach weg sein.
- (19) Wie ein langer Schlaf.

- (20) Keine Antwort
- (21) Wollte einfach einmal Ruhe haben, weiter nichts gedacht.
- (22) Weg sein, leer, schwarz, war alles gleichgültig, hatte Angst zu sterben.
- (23) Unvorstellbar; hoffte zuschauen zu können, was andere nachher machen.
- (24) Schön.
- (25) Tod ist das Ende, nachher ist nichts. Wollte damals Ruhe, einmal abschalten, sich entspannen.
- (26) Wollte schlafen, nicht sterben. Wenn sie getrunken habe, sei ihr alles egal. Sie fühle sich in Kliniken geborgen und wohl.
- (27) Keine Vorstellung, glaubt im christlichen Sinn an ein ewiges Leben.
- (28) Wegen zuvielen Problemen gar nicht daran gedacht. Gewisse Hoffnung, dass es nach dem Tod ein Weiterleben gibt.
- (29) Befreiung, glaubt an seelisches Weiterleben.
- (30) Ruhe, Schlaf, sonst keine Vorstellung.
- (31) Hatte Bedürfnis nach Ruhe; hat Angst, sich mit dem Tod zu beschäftigen.

5.3.2. Einteilung in Kategorien

Um die dargestellten Antwort-Protokolle zu analysieren, habe ich die Aussagen in vier Kategorien eingeteilt, die inhaltlich wesentliche Gesichtspunkte betreffen:

Eine erste Kategorie bilden ausweichende Aussagen wie "unvorstellbar" (bei 1, 3, 9, 23), "nichts gedacht, keine Vorstellung" (6, 7, 8, 10, 21, 27, 28, 30), wobei teilweise das Ausweichen mit Nichtwollen (1, 2) oder Angst (31) erklärt wird. Einmal fehlt die Antwort ganz (20).

In einer zweiten Kategorie können Antworten eingereiht werden, die eine emotionale Qualität angeben. Emotional positiv gefärbt sind die Aussagen "wie Schlaf" (1, 5, 19, 26, 30), "Ruhe" (2, 5, 16, 21, 25, 30, 31), "Erlösung von innerer Spannung" (2), "Erlösung" (5), "angenehm" (6), "Frieden" (12), "schön" (24) und "Befreiung" (29). Seltener werden emotional negativ gefärbte Vorstellungen genannt (4, 11, 22) oder emotional weder positiv noch negativ gefärbte Angaben gemacht (16).

In einer dritten Kategorie lassen sich Vorstellungen mit weltanschaulichem Charakter zusammenfassen: Wiederholt genannt wird eine Form von "Weiterleben nach dem Tod" (1, 7, 9, 14, 23, 27, 28, 29). Seltener wird ein solches "Weiterleben" bezweifelt (12, 17) oder verneint (4, 11, 15, 16, 25).

Eine vierte Kategorie lässt sich bilden mit den Antworten, die eine Fluchtvorstellung angeben wie "Davonrennen, Schalter umkippen" (3), "weg sein" (18, 22).

5.4. Retrospektive Beurteilung der Hilfeleistung

5.4.1. Allgemeine Beurteilung

Die hier dargestellten Fragen beziehen sich auf den Referenzsuizidversuch, d.h. der Suizidversuch, der Anlass zur Hospitalisation in der PUK gab und zur Nachuntersuchung führte.

Tabelle 36

Was hat es <u>damals</u> für Sie bedeutet, dass der Selbstmordversuch misslang? (29.1.)	Go	Gsg	Gsv	NmI
war nachher froh	2	2	4	8
man hätte mich lassen sollen, ich war fest entschlossen	3	6	2	11
empfand mich als Versager	6	6		12
anderes				
davon ambivalent	1	2	1	4
nicht kategorisiert	2	-	1	3
leer	1	-	-	1
(Mehrfachantworten)				

nicht kategorisiert: - war überzeugt, dass Tod nicht eintreten kann
- Amnesie
- Suizid war nicht durchführbar

Wie sehen Sie das heute? (29.2.)	Go	Gsg	Gsv	NmI
bin froh	8	6	2	16
man hätte mich lassen sollen, ich war fest entschlossen	-	3	1	4
empfinde mich als Versager	2	-	-	2
anderes				
davon ambivalent	2	3	2	7
nicht kategorisiert	-	1	1	2
leer	1	-	-	1
(Mehrfachantworten)				

nicht kategorisiert: - wollte anders weiterleben, nicht sterben
- "me sött dänk froh si, oder?"

Nur 8 von 31 Probanden (26%) waren damals nach dem Suizidversuch froh, dass er misslang. Zum Zeitpunkt der Nachbefragung sind es doppelt so viele (52%). Die Zahl derer, die sich als Versager erleben oder lieber tot wären, nimmt deutlich ab. Auffallend ist, dass in der Rezidivgruppe die Zahl der "frohen" Probanden von damals zu heute abgenommen hat. Einer der zwei Probanden, die nicht mehr froh sind, findet heute, man hätte ihn lassen sollen, der andere ist jetzt ambivalent.

5.4.2. Hilfeleistung in der Klinik

Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf die PUK. Bei einigen Probanden mag eine gewisse Vermischung der Aussagen zwischen vorhergehender somatischer Hospitalisation und der psychiatrischen Hospitalisation zustande gekommen sein. Auch ist es sicher schwierig - nicht nur für Patienten - in einer psychiatrischen Klinik Aerzte und Psychiater auseinanderzuhalten. Die Fragen mit kategorisierter Antwortvorgabe werden wie bisher in Tabellenform zusammengestellt. Die anderen Fragen, bei denen keine Antworten vorgegeben waren, werden ohne Kategorienbildung detailliert dargestellt.

Die Beschreibung der Behandlung von Suizidversuch-Patienten in der PUK aus meiner Sicht als Assistenzarzt gibt die Möglichkeit, die Aussagen der Befragten zu vergleichen und in der Diskussion einige Ueberlegungen zur Interaktion Klinik - Suizident auszuführen (Kap. 3.6.)

Tabelle 37

Was geschah in der Klinik,
in die Sie nach Ihrem Selbst-
mordversuch gebracht wurden? (30.1.)

1) oberflächliches Gespräch 2) intensives Gespräch 3) kein Gespräch	NmI (=31)		
	1)	2)	3)
Gespräch mit einem Arzt	18	4	9*
Gespräch mit Psychiater	15	4	12*
Gespräch mit Pflegepersonal	14	7	10
Gespräch mit Pfarrer	1	-	-
körperliche Behandlung	6		
Kontaktaufnahme mit Fürsorgestelle	1		
Kontaktaufnahme mit Angehörigen, Bekannten	15		
anderes	6		

* davon 2 weder Arzt noch Psychiater

anderes: - Ergotherapie
- Arbeitstherapie
- Gespräch mit Oberarzt

2 Probanden erinnern sich weder an ein Gespräch mit einem Arzt noch mit einem Psychiater, obschon praktisch sicher mindestens ein Gespräch stattfand (s.Kap.3.6.). Intensive Gespräche wurden mit dem Pflegepersonal praktisch gleich häufig geführt wie mit ärztlichen Betreuern (Arzt und Psychiater zusammen). Etwa 2/3 aller Gespräche werden als oberflächlich beurteilt. Etwa die Hälfte der Probanden erinnert sich an eine Kontaktaufnahme mit Angehörigen oder Bekannten.

Tabelle 38

Wie verhielt sich das Klinikpersonal zu Ihnen?(30.2.)

1) verständnisvoll 2) gleichgültig 3) ablehnend	NmI (=31)				
	1)	2)	3)	leer	
Arzt	14	8	1	8	
Psychiater	13	7	1	10	
Pflegepersonal	15	11	3	2	andere:
Pfarrer	1	1		29	-Sozialarbeiterin
andere	2	-	-	29	-Ergotherapeutin

Das Betreuungspersonal wird mehrheitlich als verständnisvoll beurteilt. 42 mal wird das Klinikpersonal als verständnisvoll erlebt, 26 mal als gleichgültig und 4 mal als ablehnend.

Tabelle 39

Wie erfolgte Ihre Entlassung aus der Klinik? (30.3.)

	NmI (=31)	
nach rein körperlicher Therapie		
"Entlassung nach Hause"	1	
auf eigenen Wunsch	24	
auf Wunsch von Angehörigen, Bekannten	13	
Ueberweisung		
an Hausarzt	-	
an Beratungsstelle	6	
in psychiatrische Klinik	1*	* andere psychiatrische Klinik
an Psychiater/Psychologen	9	
weggelaufen	-	anderes: Ueberweisung
anderes	1	in Frauenklinik zum Schwangerschaftsabbruch

Auffallend häufig, nämlich von 24 von 31 Probanden, wird im Mehrfachantwortkatalog "auf eigenen Wunsch" genannt. Bei immerhin 13 von 31 der ehemaligen Hospitalisierten wurde auch der Wunsch von Angehörigen oder Bekannten bei der Entlassung als mitbeteiligt registriert. 15 der Betroffenen geben an, an eine Beratungsstelle oder an einen Psychiater/Psychologen überwiesen worden zu sein. Niemand nennt die Ueberweisung an einen Hausarzt.

Tabelle 40

War die Hilfe, die Sie in der
Klinik fanden, ausreichend? (30.4.)

	Go (=13)	Gsg (=12)	Gsv (= 6)	NmI (=31)
ja, völlig	2	-	-	2
ja, von der Klinik her wurde genug getan, ich suchte aber andere Hilfe	-	-	-	-
nicht ganz ausreichend	2	3	3	8
völlig ungenügend	5	6	3	14
anderes	2	3	-	5
leer	2	-	-	2

anderes: - weiss nicht, für was in Klinik
- wäre auch ohne Klinik gegangen, z.B. mit Arzt
- war eher Schaden als Nutzen
- war sicher eine gewisse Hilfe; war froh, dass
nicht alleine zuhause
- war keine Hilfe, aber bekam Gutachten für
Schwangerschaftsabbruch

Nur 2 Probanden geben an, dass ihnen die Hilfe in der Klinik
völlig ausgereicht hat. Mehrheitlich wird die Hilfe als
nicht ganz ausreichend oder völlig ungenügend beurteilt.

Eine differenzierte Beurteilung haben die Probanden bei der
Beantwortung der nächsten Fragen gegeben. Die während des
Interviews stichwortartig protokollierten Antworten werden
hier dargestellt.

Was war für Sie bei der Klinikbehandlung
das Wichtigste und Wertvollste? (30.5.)

Bei dieser Frage wurden recht viele ähnliche Antworten gege-
ben. Aehnliche oder gleiche Antworten werden deshalb zusammen-
gefasst und mit einem Zitat im Wortlaut illustriert.

- Insgesamt 10 mal werden Gespräche und Kontakte mit Mitpatienten/innen
genannt: "Fand Kollegen, gute Gespräche" (6).
- 7 mal wird die lakonische Antwort "nichts" gegeben.
- 4 mal genannt werden Gespräche und Kontakte mit dem Pflegepersonal
"Das junge Pflegepersonal hat mich in die Gruppe aufgenommen und
akzeptiert" (2).
- 4 mal genannt werden Gespräche und Kontakte mit dem Arzt/Aerztin:
"Arzt war neutraler Punkt, hat geholfen" (3).
- 3 mal genannt werden Basteln und kreative Arbeit.
- 4 mal genannt wird das Erlebnis des Aufenthaltes als Ganzes:
"Kennenlernen der Klinik, mal sehen, wie es so ist" (24).

Die anderen Antworten lassen sich nicht ohne weiteres so einordnen:

- (4) "Arzt hatte genug Zeit, war Glück, hat Uebertritt in psychotherapeutische Abteilung einer anderen Klinik eingefädelt."
- (7) "Gesehen, dass es anderen noch dreckiger geht."
- (8) "Es konnte nichts mehr passieren."
- (12) "Da-Sein-Können für andere Mitpatienten."
- (13) "War Schocktherapie, nie mehr ins Bli (Klinik)."
- (17) "Fühlte mich gut, ohne zu wissen warum. Wurde oft mit Personal verwechselt."
- (20) "Kinobesuch ohne Aufsicht."
- (30) "Gute Information von Arzt vor der Schlafkur."

Was hätte zusätzlich oder
besser gemacht werden sollen? (30.6.)

Was kritisieren Sie vor allem? (30.7.)

- (1) "Arzt sollte mehr Zeit haben, damit ein besserer Kontakt entsteht. Klinik flösst Angst ein."
- (2) "Mehr Ergotherapie, weniger Atelier (Arbeitstherapie). Wäre gern mal alleine gewesen, war nicht möglich, sich zurückzuziehen."
- (3) "Waren teilweise unheimliche Typen auf der Abteilung, aber auch ein 14-Jähriger: Es sollte besser selektioniert werden. Klinik brachte mich vermehrt ins Grübeln. War Freiheitsberaubung."
- (4) "Ich wurde teilweise angelogen, musste zu allem ja und amen sagen."
- (5) "Intensivere Betreuung nötig, waren 10 Leute, die total anders waren, im gleichen Zimmer."
- (6) "Es wurde zuwenig auf meine Probleme eingegangen, sondern einfach gesagt, ich sei zur Beobachtung da. Ich wurde nicht orientiert, was die Aerzte dachten."
- (7) "War zu oberflächlich, Massenabfertigung. Ich durfte nicht einmal lesen, musste Tonbänder zusammensetzen. Klinik ist ein Gefängnis, war wie im Film."
- (8) "Fühlte mich wie im Gefängnis, wollte so schnell wie möglich wieder heraus."
- (9) "Nach dem Klinikaufenthalt hätte mehr gemacht werden sollen, ich war aber selber schuld, dass nichts geschah."
- (10) "Ich war einfach da und es geschah nicht viel."
- (11) "Ich war allein und für Gespräche blieb kaum Zeit. Einzelne Pfleger haben sich beinahe rüpelhaft benommen."

- (12) "Besser zuhören. Der erste Arzt war schlecht, nachher kam eine Aerztin, die war besser."
- (13) "Ich hatte Angst vor einzelnen Frauen, die Patienten sollten nach Krankheiten getrennt werden und es sollte besser darauf eingegangen werden, warum jemand in der Klinik ist."
- (14) "Man hätte mich nicht wie einen Hund an der Leine halten sollen."
- (15) "Nach einem misslungenen Selbstmordversuch sollte jemand da sein, ich musste zwei Tage warten."
- (16) "Umgang war schlecht, Gespräche fehlten. Einsperren nützt nichts; besser wäre gewesen, einen Therapeuten zu suchen und eine Therapie zu beginnen. Der Kasten im Universitätsspital (Sauerstoffzelt, somatische Klinik) war furchtbar, das Bli (PUK) aber schlimmer als ein Gefängnis."
- (17) "Es muss klar sein, mit wem und wann man sprechen kann. Für Wichtiges war kein Platz, solange ein Patient isst und schläft, ist für das Personal alles in Ordnung."
- (18) "Alles war schlecht."
- (19) "Bei einem Selbstmordversuch ist eine Klinik überflüssig."
- (20) "Mehr persönlicher Kontakt mit Arzt, Klinik war wie Gefängnis."
- (21) "Eine Abteilung mit ähnlichen Patienten. Ich war mit Stammgästen und Patienten mit Dämmerkur in einem dreckigen und lausigen Zimmer."
- (22) "Nicht einsperren."
- (23) "Ich wollte Behandlung, aber nicht Massenbehandlung. Ich suchte Partnerschaft zu konstanter Betreuungsperson, hatte aber erst nach 24 Stunden ein Gespräch mit autorisierter Person - es war wie im Gefängnis mit Aufsehern."
- (24) "Intimere Behandlung."
- (25) "Wäre auch ohne Klinik oder mit offener Abteilung gegangen, die Vertrauensbasis fehlte."
- (26) "Der Arzt hatte zu wenig Zeit, und ich fühlte mich durch andere Patienten bedroht."
- (27) "Arzt hatte Piepser und Uhr, aber keine Zeit. War totale Ueberwachung ohne Vertrauen."
- (28) "Ich musste alles wieder von vorne erzählen."
- (29) "Hätte eine Bezugsperson gebraucht, die Beistand geleistet hätte. Atmosphäre war kühl, geschlossene Abteilung wurde mir aufgezwungen."
- (30) "Man hätte mich ohne Magensonde ins Bli (PUK) schicken sollen, die Zusammenarbeit zwischen den Kliniken war schlecht."
- (31) "Ich wurde ohne Verständigung in die Klinik zwangsüberwiesen, weil die Therapeutin jede Verantwortung ablehnte."

Weitere Kritik wurde übereinstimmend mehrmals geäußert. Diese Kritik betrifft den Klinikbetrieb.

- Tagesablauf (8 mal kritisiert)
- Räumlichkeiten (7 mal)
- Zusammensein mit andersartigen Patienten (7 mal)
- Zuviel Patienten in einem Raum (4 mal)
- Zuwenig Personal (4 mal)
- Personal zuwenig Zeit (4 mal)
- Essen schlecht (4 mal)
- Zuwenig im Freien (3 mal)
- Arbeitstherapie (3 mal)

5.4.3. Hilfeleistung ausserhalb der Klinik

Tabelle 41

Wie verhielt sich Ihre Umgebung nach dem Selbstmordversuch? (32.1.)

- 1) verständnisvoll
- 2) gleichgültig
- 3) ablehnend

	NmI			
	1)	2)	3)	leer
Arbeitskollege	9	3	4	15
Vorgesetzter	10	2	5	14
Eltern	19	2	4	6
Freunde, Bekannte	16	2	3	10
Partner(in)	6	1	3	21
andere	-	-	-	31

Am häufigsten verständnisvoll genannt werden Eltern und Freunde/Bekannte.

Tabelle 42

War die Hilfe, die Sie in Ihrer Umgebung fanden, ausreichend? (32.2.)

	NmI
ja, völlig	15
nein, konnte sie nicht annehmen	8
nein, gab zu wenig Hilfe	5
war völlig ungenügend	1
leer	2

Die Hälfte der Probanden beurteilt die Hilfe der Umgebung als völlig genügend.

Welche Hilfe war für Sie
die wichtigste?

Am häufigsten werden Einzelpersonen genannt:

- Familie/Eltern (6 mal)
- Freunde (6 mal)
- Partner/in (4 mal)
- Geschwister (3 mal)
- Psychiater/Psychologe/in (3 mal)
- Vorgesetzter (1 mal)

Weiter genannt wurden:

- Selbsthilfe (5 mal)
- Tätigkeiten (3 mal)
(malen, wegreisen, ausgeben)
- nichts (3 mal)

Weitere Antworten stichwortartig:

- "Ich bemitleidete mich selber nicht mehr." (1)
- "War zuviel Hilfe, war Bemutterung. Mitleid kränkte." (7)
- "Die erzählten nur ihre eigenen Probleme." (23)
- "Hilfe ist nicht einfach, niemand kennt das Innerste." (28)
- "Fühlte mich von allen verstanden." (29)

Was wäre Ihrer Meinung nach
die beste Hilfe gewesen?
(32.4.)

- (1) "Arzt als Freund, quasi privat für mich."
- (2) "Ambulante Therapie mit Vertrauensperson."
- (3) "Psychiater mit Zeit."
- (4) "Psychotherapie, die ich nicht selbst bezahlen müsste."
- (5) und (6) "War gut so."
- (7) "Zurückhaltung, richtiges Mass von Hilfe zu finden ist schwierig."
- (10) "Nicht zuerst alle helfen wollen und nachher Vorwürfe machen."
- (11) "Gute berufliche Stellung."
- (12) "Mitleid ist falsch, richtig wäre Verständnis."
- (13) "Lockerer, aber beständiger Kontakt zu anderen Menschen."
- (14) "In Ruhe gelassen werden, nicht zuviel fragen."
- (16) "Enge Beziehung."
- (17) "Geborgenheit in Familie."
- (19) "Ambulante ärztliche Behandlung".
- (21) "Weiss nicht, vielleicht besserer Psychiater."
- (22) "War beste Hilfe."

- (23) "gute Beziehung zu Freund."
 (24) "Weggehen von zuhause."
 (26) "Ein Jahr weiter schlafen."
 (29) "Noch mehr Verständnis durch meine Umwelt."
 (30) "Psychiater mit mehr Zeit für mich."

Die hier nicht aufgeführten Antworten beziehen sich nicht auf die gestellte Frage. 3 Probanden gaben keine Antwort.

5.4.4. Psychotherapie

Hier werden die Ergebnisse von zwei ausgewählten Fragen dargestellt.

Tabelle 43

Gingen Sie nach dem Selbstmordversuch, auf den wir uns beziehen, in eine psychiatrische oder psychologische Therapie? (36.1.)

	Go	Gsg	Gsv	NmI
ja	7	7	3	17
nein	5	2	3	10
nur einmalige kurze Aussprache	1	2	-	3
Betreuung Sozialarbeiter	-	1	-	1

Wenn ja:

Glauben Sie, dass die psychiatrische/psychologische Therapie geholfen hat? Was?

	Go	Gsg	Gsv	NmI
ja, weitgehend	2	2	-	4
ja, in einzelnen Bereichen	2	1	2	5
eher wenig	2	1	1	4
nicht geholfen	1	3	-	4
insgesamt	7	7	3	17

- Was?
- lernte mich zu äussern, wenn wieder sowas wäre
 - hat in allen Bereichen geholfen
 - Probleme besprechen gelernt
 - war unter Zeitdruck, konnte nicht auf Probleme eingehen
 - Gespräche blieben im allgemeinen stecken
 - muss mir selbst helfen
 - hat Schubs ins Leben zurück gegeben
 - hatte zuerst falschen Therapeuten, ist jetzt besser
 - Gruppe: Es hatte zuviele ältere Teilnehmer
 - beim Rausgehen ging es nicht besser als beim Reingehen

17 von 31 (=55%) gingen nach dem Referenz-Suizidversuch in eine Psychotherapie. 9 von 31 (=29%) glauben, dass die Psychotherapie weitgehend oder in einzelnen Bereichen geholfen hat. In der Rezidivgruppe Gsv fand niemand weitgehende Hilfe, aber auch gleichzeitig niemand keine Hilfe. Die Gruppe Go beurteilt die Hilfe der Psychotherapie positiver als die anderen Verlaufgruppen. Insgesamt 4 Probanden waren zum Zeitpunkt des Interviews noch in der Therapie.

5.4.5. Selbstmordverhütung

Erfragt wurden die Einstellung zur Selbstmordverhütung und eigene Vorschläge. Diese Vorschläge werden detailliert dargestellt.

Tabelle 44

Glauben Sie, dass allgemein
mehr zur Selbstmordverhütung
getan werden sollte? (34.1.)

	Go	Gsg	Gsv	NmI
ja	6	7	5	18
ist mir gleichgültig	1	-	-	1
nein	4	2	-	6
weiss nicht, leer	2	3	1	6

Möchten Sie dabei aktiv mit-
machen? (34.3.)

	Go	Gsg	Gsv	NmI
ja	4	8	4	16
nein	5	2	1	8
leer	4	2	1	7

Wie glauben Sie, könnten Menschen mit
Selbstmordgedanken am besten davor be-
wahrt werden, sich etwas anzutun? (34.3.)

Die Gruppe Go ohne erneute Suizidgedanken steht der Selbstmordverhütung ablehnender gegenüber als die anderen Verlaufsgruppen.

- (1) "Jeder muss das selbst durchstehen."
- (2) "Nicht einer wildfremden Person übergeben, sondern jemandem, zu dem er Vertrauen haben kann."
- (3) "Verharmlosen ist schlecht, es braucht Aussprache, Diskussion, Zuhören."
- (4) "Ehrliches Gespräch, man muss andere Menschen belasten können."
- (5) "Es mangelt allgemein an gegenseitigem Interesse und Zuneigung. Abhalten um jeden Preis kann falsch sein."
- (6) "Zeigen, wie man aktiv sein und das Leben geniessen kann."
- (7) "Rezeptpflicht sollte schärfer sein. Einem entschlossenen Menschen kann man nicht helfen, er telefoniert nicht, wenn er sich umbringen will."
- (8) "Probleme liegen ja je nach Situation anders. Ursache finden!"
- (9) "Mit Gespräch. Wenn Mensch sehr verschlossen, kann es schwierig sein."
- (10) "Diese Menschen fühlen sich einsam, sie müssen spüren, dass jemand da ist - Hand halten, Reden - Anwesenheit ist wichtiger als sprechen, bis Krise überwunden."

- (11) "Bevormundung ist falsch, jemand der entschlossen ist, sollte gelassen werden. Ein stabiler Mensch, nicht ein Standard-Mensch soll Therapie-Ziel sein. Preis der Stabilisierung kann ein Verlust sein."
- (12) Antwort fehlt
- (13) "Darauf eingehen, ernstnehmen, es ist ein Hilferuf dabei."
- (14) "Reden, etwas unternehmen, ablenken."
- (15) "Jemand muss da sein."
- (16) "Geld für mehr Therapiepersonal beschaffen. Aufklärung. Veränderung der Gesellschaft. Der Einsamkeit entgegenwirken. Vorurteile gegen Psychiater abbauen."
- (17) Antwort fehlt
- (18) "Machen lassen ist besser."
- (19) "Menschen suchen, mit denen darüber gesprochen werden kann. Nicht sofort zum Psychiater rennen."
- (20) "Offenes Gespräch mit Freunden."
- (21) "Es ist nichts zu machen - es ist Glück, wenn jemand noch gefunden wird."
- (22) "Kontaktmöglichkeiten schaffen, um Alleinsein und Isolation zu vermeiden."
- (23) "Nicht nur sprechen, mit Tat beistehen, Zeit haben."
- (24) "Reden."
- (25) "Wenn es konkret ist, sollte man es nicht verhindern."
- (26) "Plötzliche Entschlüsse sollte man verhindern. Jemand sollte da sein, wo man jederzeit hingehen kann. Wenn Entschluss eindeutig, Hilfe nicht möglich."
- (27) "Gespräch mit verständnisvollem, initiativem, aufgeschlossenem Mensch. Der Eisberg unter der Spitze muss festgestellt werden."
- (28) "Verhütung gibt es nicht; wenn jemand will, ist es nicht einfach zu helfen. Beziehungen und Leute, auf die man sich verlassen kann, wären wichtig."
- (29) "Am ehesten durch die Lehre von Buddha."
- (30) "Gespräche und bessere Beziehungen."
- (31) "Beziehungen pflegen, Vertrauen zu Gefährdeten aufbauen."

6. Diskussion

=====

6.1. Basisdaten der Gesamtstichprobe

6.1.1. Vergleich mit Literaturangeben

Bei den Basisdaten der gesamten Stichprobe entspricht die Verteilung der dargestellten Merkmale mehrheitlich den Angaben in der Literatur.

Die Altersverteilung entspricht mit dem Ueberwiegen der über 20-Jährigen allen mir bekannten Untersuchungen, u.a. Böcker (1973), Davidson (1976) und Biener (1976). Etwas unerwartet ist das Ueberwiegen des männlichen Geschlechts. Bei Otto (1972) (N = 1547, Alter bis 20 Jahre) überwiegt bei den jugendlichen Suizidenten das weibliche Geschlecht im Verhältnis 4:1, bei Böcker (1973) (N = 9553, alle Altersklassen) ungefähr 3:2, bei Davidson (1976) (N nicht definiert, Alter bis 25 Jahre) 2:1, bei Biener (1976) (N = 438, Alter bis 25 Jahre, Einwohner der Stadt Zürich) ca. 6:5. Wir finden 57% junge Männer, d.h. sie überwiegen ca. 7:5. Die Abweichung kann erklärt werden mit der häufig genannten Tatsache, dass Männer häufiger gefährliche Suizidversuche begehen und deswegen möglicherweise häufiger nach Suizidversuch in eine psychiatrische Klinik eingewiesen werden. Unwahrscheinlich ist, dass im Raum Zürich mehr Männer als Frauen Suizidversuch begehen.

Von den jugendlichen Suizidenten sind 5% verheiratet, weniger als in einer normalen Vergleichsgruppe, in der 13% verheiratet sind. (IPSO Repräsentativstudie, 1980,*) (N = 1076, Alter 18-26). Die Tatsache, dass Verheiratete in Populationen von Suizidenten unterrepräsentiert sind, wird seit Durkheim (1897) immer wieder bestätigt. In einer Stichprobe von psychiatrisch hospitalisierten Probanden kann die Ausprägung noch verstärkt werden, da Alleinstehende erfahrungsgemäss häufiger in psychiatrische Kliniken eingewiesen werden.

Der Anteil betroffener Probanden ausländischer Herkunft (17%) liegt über der Erwartung von durchschnittlich 11% (IPSO, 1980)*. Davidson (1976) beschreibt die gleiche Beobachtung.

Ein hoher Anteil unserer Stichprobe (13%) hat den Suizidversuch im Gefängnis begangen. Das erstaunt nicht, da bekannt ist, dass suizidale Handlungen im Gefängnis, insbesondere in der Isolation, in Untersuchungshaft und in Hochsicherheitsgefängnissen alarmierend häufig sind (Garbely, 1979).

*) Blancpain (1983)

Die Einweisung in eine geschlossene psychiatrische Abteilung ist oft die einzige mögliche Massnahme, einen suizidalen Gefangenen etwas besser zu betreuen, auch wenn diese Massnahme eine fragwürdige Hilfe sein kann.

Bei der Verteilung der Berufe ist schwierig zu sagen, wie weit diese von einer durchschnittlichen Verteilung abweicht. Nach Biener (1976) sind Suizidversuche unter Schüler/Studenten, Angestellten im Gastgewerbe und im Verkauf gehäuft. In der IPSO-Studie (1980*) ist eine Berufslehre bei 58% der Befragten festgestellt, wesentlich häufiger als bei unseren Probanden mit 31%.

In unserer gesamten Stichprobe sind bei 18% der Probanden frühere Suizidversuche bekannt. Böcker (1973) findet bei rund 13% wiederholte Suizidversuche, Biener (1976) bei 18%, Möller (1978) bei 37%. Nach Marten (1981) liegen die Zahlen im Durchschnitt bei rund 20% (alle Altersklassen). Wiederholte Suizidversuche sind nach Schneider (1979) und Marten (1981) ein wichtiges Merkmal eines erhöhten Suizidrisikos. Der Anteil von Wiederholern in unserer Stichprobe ist, verglichen mit anderen Untersuchungen, nicht besonders hoch. Wir müssen jedoch mit einer beträchtlichen Dunkelziffer von nicht deklarierten früheren Suizidversuchen rechnen. Das wird belegt durch die Tatsache, dass von den interviewten Probanden bei der Nachbefragung 17 von 31 (ca. 55%) frühere Suizidversuche angegeben haben, jedoch nur 3 Probanden diese bereits früher bei der Hospitalisation deklarierten!

Die Verteilung der Methode der suizidalen Handlung entspricht ungefähr den Verteilungen, die Otto (1972), Böcker (1973) und Biener (1976) angeben.

Bei den psychiatrischen Diagnosen zeigt sich die relative Häufigkeit von diagnostizierten Neurosen (ICD Nr. 300) und Persönlichkeitsstörungen (ICD Nr. 301), die je ca. 40% der Probanden betreffen. Eine endogene Psychose (ICD Nr. 295 und Nr. 296) wurde nur bei 4% der Probanden diagnostiziert. Eine Alkoholabhängigkeit (ICD Nr. 303) wird bei 6% und eine Drogenabhängigkeit (ICD Nr. 304) bei 19% aufgeführt. Vergleiche mit der Literatur sind vorsichtig aufzunehmen. Bei einem groben Vergleich mit den Angaben von Otto (1972), Böcker (1973), Schneider (1976) und Marten (1981) fällt auf, dass in unserer Auswahl der Anteil der endogenen Psychosen kleiner, der Anteil an Persönlichkeitsstörungen und Drogenabhängigkeiten grösser ist, obwohl bei keinem dieser Autoren alle Suizidenten psychiatrisch hospitalisiert waren.

Die Dauer der Hospitalisation ist mehrheitlich kurz verglichen mit anderen psychiatrischen Patienten (Jahresberichte PUK 1977 und 1978) und auch verglichen mit der früher üblichen Länge der Hospitalisation nach Suizidversuchen. (Rüeggesser 1963). Das ist ein Hinweis auf den vermehrten Kriseninterventionscharakter der psychiatrischen Hospitalisation nach Suizidversuch.

*) Blancpain (1983)

6.1.2. Katamnestischer Verlauf bei den Probanden ohne Interview

Ueber den katamnestischen Verlauf bei den Nicht-Interviewten lassen sich nur vereinzelte Aussagen machen. Bei den Recherchen konnte in Erfahrung gebracht werden, dass bei 14 von 21 Probanden, über die eine Aussage möglich ist, sich ein ungünstiger Verlauf ergeben hat mit erneutem Suizidversuch (7), Suchtproblematik und/oder Aufenthalt in Strafanstalt. Einer dieser 21 Probanden hat sich das Leben genommen. Er war Heroin-abhängig und über Monate in Untersuchungshaft. Die Zahl von 8 bekannten Rezidiven von Suizidhandlungen bei 21 Katamnesen ist hoch (38%).

6.1.3. Vergleich der Teilstichprobe mit Interview mit der Teilstichprobe ohne Interview

Bei den Nicht-interviewten-Suizidenten (Teilstichprobe ohne Interview) stellten wir deutlich fest, dass sie zum Zeitpunkt der psychiatrischen Hospitalisation nach dem Referenz-Suizidversuch

- (1) sehr viel häufiger beruflich unqualifiziert, d.h. ohne Berufslehre arbeiten.
- (2) wesentlich häufiger beim Suizidversuch im Gefängnis waren.
- (3) wesentlich häufiger die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung erhielten.
- (4) wesentlich häufiger Alkohol- oder Drogen-abhängig waren.
- (5) häufiger ausländischer Nationalität waren.
- (6) häufiger männlichen Geschlechts waren.
- (7) häufiger beim Suizidversuch stechende oder schneidende Gegenstände verwendeten.
- (8) häufiger bereits frühere Suizidversuche in der Anamnese hatten.

Diese Merkmale, insbesondere (1), (2), (4) und (8), gelten nach den Angaben in der Literatur (Kap. 2) als Risikomerkmale für eine erhöhte Suizidalität und Rezidivgefahr suizidaler Handlungen.

Die doppelt so hohe Rate von Rezidiven (38%) bei den 21 Probanden ohne Interview, aber mit indirekten katamnestischen Auskünften, verglichen mit der Rate der Rezidive (19%) bei den 31 interviewten Probanden, belegt eindrücklich diese erhöhte Rezidivgefahr.

Die bei den Probanden ohne Interview gehäuften Merkmale (1) bis (5) sind auch Zeichen einer allgemein erschwerten und gestörten sozialen Integration (Kap.2). Die Häufung dieser Merkmale korreliert mit der Nicht-Durchführbarkeit der persönlichen Nachbefragung. Es ist damit sehr wahrscheinlich, dass diese Merkmale auch Ausdruck der besonders unstabilen psychosozialen Umstände sind, die bestimmend waren beim Scheitern der Recherchen und der Kontaktversuche oder beim Ablehnen der Nachbefragung.

Unsere in Kap. 3.2. formulierten Hypothesen werden damit gestützt:

Die Wiederauffindbarkeit der ehemaligen Suizidenten ist abhängig von der dem Suizidversuch nachfolgenden sozialen Stabilität und die Kooperationsbereitschaft bei der Nachbefragung geht mit der inneren Bereitschaft einher, sich mit der vergangenen und aktuellen Suizidalität auseinanderzusetzen und kann damit ein Indikator für die aktuelle Konfliktfähigkeit sein.

Wir konnten zeigen, dass die Ablehnung bzw. die äussere Unmöglichkeit eines Nachbefragungsgesprächs ein Risikomerkmak eines erhöhten Suizidrisikos darstellt. Umgekehrt ist die Durchführbarkeit einer Nachbefragung ein eher günstiges Zeichen.

Die Suizidenten der Teilstichprobe mit Interview sind deshalb eine Auswahl von Probanden mit tendenziell günstigerem Verlauf, niedrigerem Rezidivrisiko suizidaler Handlungen, besserer psychosozialer Stabilität, besserer sozialer Integration und durch die Teilnahme an der Nachbefragung ausgewiesener besserer Kooperationsbereitschaft.

Es lässt sich damit vermuten, dass für das Zustandekommen einer persönlichen Nachbefragung 1/2 bis 2 Jahre nach einem Suizidversuch ähnliche Kriterien gelten wie für die Bereitschaft, nach einem Suizidversuch eine angebotene Nachbetreuung anzunehmen (s.Kap. 3.2.).

Daraus lässt sich ableiten, dass bei der Nachbetreuung nach Suizidversuchen besondere Aufmerksamkeit darauf gelegt werden muss, auch die nicht kooperationsbereiten oder nicht kooperationsfähigen Suizidenten irgendwie einzubeziehen.

Es entspricht allgemeiner Erfahrung, dass bei Suizidalen die Ablehnung des Lebens mit Ablehnung von Hilfsangeboten einhergeht. Es ist deshalb sehr wichtig, bei Suizidalen die Hilfsangebote, d.h. Abklärung und Betreuung, so zu gestalten, dass sie möglichst gut akzeptiert werden können. Wichtige Kriterien sind gemäss Literatur und unserer Nachbefragung Konstanz der Bezugspersonen und Verbindlichkeit der Abmachungen.

Die Frage, wie die Massnahme der psychiatrischen Hospitalisation akzeptiert wird, versuchen wir aufgrund der Nachbefragung zu beantworten (Kap.5.4. und 6.4.).

Ein mögliches Mittel, um die Akzeptanz von Hilfsangeboten zu verbessern, sind systematische Nachgespräche in geeigneten Zeitabständen, wie sie Wullemier (1979) beschreibt.

Unsere Beobachtungen beim Vergleich der Teilstichproben mit Interview und ohne Interview bestätigen, dass die Bereiche

- Berufsbildung
- Delinquenz und Strafvollzug
- Alkohol- und Drogensucht

die zentralen Problemkreise sind, die besonders eng mit der Suizidproblematik bei jüngeren Menschen verknüpft sind.

Eine wirksame Suizidprophylaxe kann dann erreicht werden, wenn es auch gelingt, Verbesserungen in diesen drei Bereichen zu verwirklichen.

Besonders bedeutsam ist der Bereich Berufsbildung. Die unqualifizierten Berufe sind bei den Probanden ohne Interview das am deutlichsten gehäufte Merkmal. Einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen Suizidalität und Ausbildungsschwierigkeiten hat auch Widmer (1977) nachgewiesen.

Beruf und Arbeit sind für die soziale Integration aller Jugendlichen (und Erwachsenen) ein zentraler Bereich. Treten individuelle oder kollektive Schwierigkeiten auf, sind sie als Warnzeichen sehr ernst zu nehmen. Wirtschaftliche und politische Veränderungen in diesem Bereich können schwerwiegende Folgen haben.*) Erhöhte schulische Anforderungen, Lehrstellenmangel, Konkurrenzdruck, unqualifizierte Anlehen, Zunahme entfremdeter Tätigkeiten ohne eigene individuelle Einflussmöglichkeiten, sind Teile des heute gültigen Hintergrundes, auf dem die Zunahme der suizidalen Handlungen Jugendlicher und junger Erwachsener verständlich wird und Anlass geben muss, daraus die nötigen Konsequenzen auf individueller, schulischer, gesetzgeberischer und allgemein gesellschaftspolitischer Ebene zu ziehen.

*) s. dazu auch Frei (1979): Trend der Selbstmordziffern in der Rezession

6.2. Diskussion der Ergebnisse der Nachbefragung

6.2.1. Soziografische Daten

Die soziografischen Basisdaten werden in Kap. 6.1.1. für die gesamte Stichprobe mit Angaben der Literatur verglichen und diskutiert.

Die gefundenen Unterschiede zwischen den Verlaufsgruppen sind gering. Lediglich beim Befund zur Berufsausbildung sind die hohen Zahlen von Ausbildungsabbruch und unqualifizierten oder fehlenden Ausbildungsabschlüssen aufgefallen. Hier wird ein deutlicher Zusammenhang mit dem Verlauf der Suizidalität sichtbar:

Die Probanden der Rezidivgruppe (Gsv) haben deutlich weniger qualifizierte und abgeschlossene Ausbildungen vorzuweisen und zeigen zu 66% abgebrochene Ausbildungen, gegenüber 42% in der Gruppe mit erneuten Suizidgedanken (Gsg), 23% in der Gruppe ohne erneute Suizidalität (Go), und nur 5,3% einer vergleichbaren repräsentativen Normalpopulation (Blancpain 1983).

Damit bestätigt sich erneut, wie in Kap. 6.1.2. beschrieben, dass von den soziografischen Daten der Berufsausbildung höchste Bedeutung zukommt und dass Schwierigkeiten in der Berufsausbildung erstrangige Indikatoren für erhöhte Suizidgefährdung und erhöhtes Rezidivrisiko sind.

6.2.2. Herkunftsfamilie

Die Daten der Herkunftsfamilie zeigen in Beruf und Stellung des Vaters und der finanziellen Situation keine Auffälligkeiten.

Immerhin 42% der Mütter waren im Kleinkindesalter der Probanden berufstätig. Diese 42% der Probanden hatten eine Ersatz-Betreuung, die bei 29% aller Probanden in einem Heim erfolgte. 35% der Probanden sind bis zum 16. Lebensjahr nicht bei beiden Eltern aufgewachsen, viel, verglichen mit 7% in einer repräsentativen Stichprobe (Blancpain 1983). Davidson (1976) findet bei seiner Untersuchung von Suizidenten 30%, Marten (1981) nennt in seinem Literaturüberblick 30-40% unvollständige Familien. Unser Befund stimmt also mit diesen Angaben überein und weist erneut darauf hin, wie sehr erschwerende Sozialisationsbedingungen in der Herkunftsfamilie und Suizidalität korrelieren.

Unerwarteterweise sind in der Rezidivgruppe Berufstätigkeit der Mutter, unvollständige Familie und Heimkarriere seltener als in den beiden anderen Vergleichsgruppen (Interpretation s.Kap. 6.2.6.).

6.2.3. Vorgeschichte

In der Vorgeschichte ist eine Häufung von Problemen in der Schulzeit festzustellen. In der Literatur ist dieser Befund ebenfalls wiederholt beschrieben worden (Otto 1972, Marten 1981).

Der Gebrauch von Drogen liegt eindeutig über dem Durchschnitt (Blancpain 1983, Widmer 1977). Ueberdurchschnittlich häufig sind auch die Kontakte mit psychiatrischen Institutionen (Blancpain 1983). Diese Merkmale korrelieren nach Literaturangaben ebenso mit dem Auftreten von Suizidalität (Widmer 1977, Davidson 1976).

In den Verlaufsgruppen sind sehr geringgradige Unterschiede festzustellen bezüglich Vorgeschichte, Drogen und Institutionskontakte.

6.2.4. Aktuelle Situation

68% der Nachbefragten haben einen festen Partner, 32% leben mit einem Partner zusammen. In der IPSO-Repräsentativ-Umfrage*) sind es 31,4%, also etwa gleichviel Befragte, die mit einem Partner zusammenleben. Es sind dort aber mehr, insgesamt 89,3% Befragte, mit einem festen Partner.

In unseren Verlaufsgruppen ist eine Ehe oder festе Partner-schaft mit gemeinsamer Wohnung gehäuft in der Gruppe ohne erneute Suizidalität genannt. Es überrascht nicht, dass eine feste Partnerbeziehung mit weniger Suizidalität korreliert. Eine feste Partnerschaft ist ein wichtiger Rückhalt. Die Probanden ohne erneute Suizidgedanken geben auch vermehrt an, allgemein die Beziehungen zu haben, die sie sich wünschen. Die Nachbefragten geben in insgesamt 64% an, die gewünschten Beziehungen zu haben, das sind weniger als in der IPSO-Studie*) (71,6%).

77% der Nachbefragten gehen einer regelmässigen Arbeit nach, das sind weniger als in der IPSO-Studie*) (94,7%).

39% geben finanzielle Schwierigkeiten an, gegenüber 9,2% in der IPSO-Studie.*)

Die Verlaufsgruppen unterscheiden sich bei diesen Merkmalen gering.

Die somatische Befindlichkeit zeigt eine eindrücklich hohe Rate von Probanden, die sich nicht gesund fühlen, in ärztlicher Behandlung stehen, sich Gedanken über ihre körperliche Gesundheit machen und ein schwankendes körperliches Befinden angeben. Dieser Befund ist als der Ausdruck der bekannten erhöhten allgemeinen Morbidität bei Suizidenten zu verstehen.

*) Blancpain (1983)

Zur psychischen Befindlichkeit: Nur ein Drittel (10 von 31) der Probanden gibt eine gute, ausgeglichene Stimmung in der letzten Zeit an. Dabei überwiegt (7 von 10) wiederum die Verlaufsgruppe ohne erneute Suizidgedanken (Go) deutlich. Bei der Frage nach Angstgefühlen zeigt sich eine ähnliche Verteilung, die Hälfte der Probanden verneint Angstgefühle. Diese Angaben weisen darauf hin, dass das psychische Wohlbefinden bei vielen der Nachbefragten gestört ist, auch wenn nichts Genaueres über das Ausmass ausgesagt werden kann. Nur etwa die Hälfte der Probanden ist zur Zeit mit ihrem Leben zufrieden, die Mehrzahl ist aber mit Blick auf die Zukunft eher optimistisch. Die Verlaufsgruppe mit erneuten Suizidgedanken (Gsg) ist hier mit Zufriedenheit und Optimismus zurückhaltender als die beiden anderen Gruppen.

Die Verlaufsgruppe mit erneuten Suizidgedanken ohne Rezidiv (Gsg) zeigt insgesamt eine leicht erhöhte Rate von Störungen der somatischen und psychischen Befindlichkeit.

6.2.5. Suizidalität

Die Fragen zur früheren Suizidalität erfassen einige Fixpunkte der Karriere der nachbefragten Suizidenten:

Die Beantwortung der Frage, in welchem Alter die ersten Suizidgedanken gekommen sind, lässt sich schwer beurteilen, da Vergleichsmöglichkeiten in der Literatur weitgehend fehlen. Widmer (1977) findet - bei etwas anderer Fragestellung und Kategorienbildung - eine maximale Häufung der Suizidgedanken in der Altersstufe 16- bis 18-jährig. Dazu stehen unsere Befunde nicht im Widerspruch.

Das Durchschnittsalter beim ersten Suizidversuch liegt mit 19,2 Jahren rund 2 1/2 Jahre tiefer als das Durchschnittsalter beim Referenz-Suizidversuch (21,6 Jahre).

In der Rezidivgruppe (Gsv) werden tendenziell die ersten Suizidgedanken und die ersten Suizidversuche in älteren Jahren angegeben als bei den beiden anderen Gruppen.

Insgesamt sind 65% (20 von 31) aller Probanden Wiederholer. Das ist verglichen mit der Literatur, wo durchschnittlich eine Rezidivrate von etwa 20% angegeben wird (Marten 1981), ein sehr hoher Anteil.

Beim katamnestischen Verlauf der Suizidalität ist die Zahl der Probanden mit Rezidiven mit 6 von 31 (rund 19% innert der Katamnesedauer von rund 19 Monaten) ebenfalls erhöht verglichen mit Literaturangaben (s.Kap. 2.4.).

Der Anteil von rund 58% (18 von 31) Probanden mit erneuten Suizidgedanken überrascht nicht, da zu berücksichtigen ist, dass Suizidgedanken auch in der Normalbevölkerung sehr häufig sind (Widmer 1977).

Die anamnestiche und katamnestiche Suizidalität der Nachbefragten belegt die Vermutung, dass psychiatrisch hospitalisierte Suizidenten eine besondere Risikogruppe sind. Daraus kann nun abgeleitet werden, dass bei der Einweisung der nachuntersuchten Probanden in die psychiatrische Klinik ein erhöhtes Risiko richtig erkannt wurde, obwohl wahrscheinlich damals lange nicht alle in der Nachuntersuchung genannten Suizidversuche bekannt waren (s. Kap. 4.5. und 5.1.). Das bedeutet keine Rechtfertigung der erfolgten Einweisungen, sondern zeigt, dass es besonders gefährdete Suizidenten gibt und diese sowohl richtig erkannt als auch betreut werden müssen.

Bei den Fragen zur aktuellen Suizidalität fällt auf, dass ein beträchtlicher Teil der Probanden nicht sehr lebensbejahend antworten:

Rund die Hälfte der Probanden sieht im Leben manchmal keinen Sinn, je ein Proband findet es überwiegend sinnlos oder sieht überhaupt keinen Sinn. Rund ein Drittel der Nachbefragten glaubt, dass sie sicher oder wahrscheinlich in einer bestimmten Lebenssituation ihrem Leben wieder ein Ende setzen möchten. Erstaunlicherweise glaubt das kein Proband aus der Rezidivgruppe, die sich damit eine günstigere Selbstprognose gibt.

Es ist nicht anzunehmen, dass mit den gestellten Fragen die Suizidalität sicher erfasst und beurteilt werden kann. So wirkte beim Interview nur 1 Proband klinisch erneut suizidal und rezidivgefährdet, was jedoch nicht in der Beantwortung der gestellten Fragen, sondern im Verlauf des begleitenden Gesprächs zum Ausdruck kam.

6.2.6. Vergleich der Verlaufsgruppen

Die Verlaufsgruppen unterscheiden sich bei der Verteilung der meisten in der Nachbefragung untersuchten Merkmale. Aufgrund der kleinen Zahlen ist es nicht zu beurteilen, wieweit diese Unterschiede statistisch mehr als zufällige Bedeutung haben.

Beim vorsichtigen Zusammenfassen der auffallendsten Unterschiede im Vergleich ergibt sich:

Die Verlaufsgruppe ohne erneute Suizidgedanken zeichnet sich aus durch

- häufiges Wohnen mit einem festen Partner (Tab. 29).
- mehr Zufriedenheit mit der Beziehungssituation (Tab. 29).
- die grösste Anzahl früherer Suizidversuche zum Zeitpunkt des Referenzsuizidversuches, der zur psychiatrischen Hospitalisation führte (Tab. 33).
- erste Suizidgedanken und erste Suizidversuche in jüngeren Jahren (Tab. 33).
- positivere Beurteilung der psychotherapeutischen Nachbetreuung (Tab. 43).
- ablehnendere Einstellung gegenüber der Selbstmordverhütung (Tab. 44).

Die Verlaufsgruppe mit erneuten Suizidgedanken ohne Rezidiv zeigt

- häufigeres Allein-Wohnen (Tab. 29).
- häufigere Störungen der somatischen und psychischen Befindlichkeit früher und aktuell (Tab. 26, 31, 32).
- häufigere Zweifel am Sinn des Lebens (Tab. 35).
- relativ wenig Probanden mit früheren Suizidversuchen in der Anamnese (Tab. 33).

Die Rezidivgruppe mit erneutem Suizidversuch, ist gekennzeichnet durch

- jüngeres Durchschnittsalter (Tab. 20).
- den grössten Anteil Frauen (Tab. 20).
- den grössten Anteil Angestellte im Gesundheitswesen (Tab. 21).
- am meisten fehlende oder unqualifizierte Ausbildungen und Ausbildungsabbrüche (Tab. 22).
- geringste Belastung mit äusseren Veränderungen in der Herkunftsfamilie (Broken home) (Tab. 25).
- erste Suizidgedanken und erste Suizidversuche in älteren Jahren (Tab. 33).
- günstigere Selbstprognose bezüglich zukünftige Suizidalität (Tab. 35).
- abnehmende Anzahl Probanden, die froh sind, dass der Referenz-Suizidversuch misslang (Tab. 36).
- niemand fand "weitgehende Hilfe" in einer psychotherapeutischen Nachbetreuung, aber auch niemand fand keine Hilfe (Tab. 43).

Diese Unterschiede der Verlaufsgruppen stehen teilweise im Widerspruch zu der erwarteten Häufung von Risikomerkmalen in der Rezidivgruppe. Auch die günstigere Selbstprognose der Rezidivgruppe bezüglich zukünftige Suizidalität erscheint widersprüchlich. Ausser dem Merkmal der häufigen Ausbildungsschwierigkeiten zeichnet sich die Rezidivgruppe nicht durch besondere Häufungen von Risikomerkmalen aus. Sie hat sogar

die geringste Belastung mit äusseren Veränderungen in der Herkunftsfamilie. Dieser Befund lässt sich teilweise dadurch erklären, dass die Rezidivgruppe zwar katamnestiche, aber weniger frühere Suizidhandlungen aufweist. Trotz dem etwas jüngeren Durchschnittsalter gibt die Rezidivgruppe allgemein die ersten Suizidgedanken und die ersten Suizidversuche in späteren Jahren an als die beiden anderen Gruppen.

Zusammen mit dem Befund, dass in den beiden anderen Gruppen durchaus auch Suizidversuch-Wiederholer anzutreffen sind, lässt sich die Vermutung formulieren, dass die Rezidivgruppe nicht Probanden mit langfristig besonders erhöhtem Suizidalitäts-Risiko umfasst, sondern dass diese Probanden eher in einer späteren Lebensphase in eine Krise mit wiederholter Suizidalität geraten sind.

Diese verspätete Krise könnte mit Schwierigkeiten bei der Ablösung von einer äusserlich nicht veränderten Herkunftsfamilie erklärt werden. Die Frage bleibt offen, wieweit dabei auch das Geschlecht und die Arbeit eine Rolle spielen, da Frauen und Angestellte im Gesundheitswesen besonders übervertreten sind.

Die Verlaufsgruppe mit erneuten Suizidgedanken ohne Rezidiv ist charakterisiert durch relativ wenig Suizidhandlungen und relativ viele andere somatische und psychische Symptome. Es stellt sich die Frage, wieweit in dieser Gruppe Symptomverschiebungen weg vom suizidalen Handeln in andere, psychosomatische Bereiche, erfolgten. Die Frage bleibt damit offen, ob diese Verlaufsgruppe eher günstige oder ungünstigere Entwicklungen betrifft.

Die Verlaufsgruppe ohne erneute Suizidgedanken ist gekennzeichnet durch eine eher stabilere Beziehungssituation.

Zusammengefasst bleiben die aus der Nachbefragung möglichen Aussagen zum Verlauf - trotz der oder wegen der Vielzahl der erfassten Merkmale? - bruchstückhaft:

Der Verlauf nach Suizidversuch wird durch sehr vielschichtige Einflüsse bestimmt und lässt sich mit einem einzigen Kriterium, dem Kriterium der erneuten Suizidgedanken und erneuten Suizidhandlungen nur unvollständig erfassen. Als stabilisierende Faktoren lassen sich in erster Linie günstige Verhältnisse in der Berufsausbildung und bei den mitmenschlichen Beziehungen identifizieren. Damit werden allgemein anerkannte Erkenntnisse bestätigt.

6.3. Diskussion der geäußerten Vorstellungen vom Tod

Die meisten der Nachbefragten machen ausweichende Aussagen über den Tod. Die geäußerten Vorstellungen sind vorwiegend emotional positiv gefärbt und beinhalten häufig die Anschauung, dass es eine Form von Weiterleben nach dem Tod gibt.

Diese hervortretenden Merkmale sind typisch für die Phantasien vom Tod, die in der Psychodynamik Suizidaler eine Rolle spielen. Diese Psychodynamik ist in der Literatur wiederholt charakterisiert worden (Henseler 1974, Battégay 1979).

Die ausweichenden Aussagen sind als Zeichen des Widerstandes der Befragten zu verstehen gegen die Auseinandersetzung mit den Konsequenzen des Sterbens. In der Phantasie wird der Tod nicht als etwas Endgültiges wahrgenommen. Dieses Ausweichen vor der Endgültigkeit senkt sicher die Schwelle für eine suizidale Handlung und gehört mit zu den Gründen, dass der Suizid häufig - glücklicherweise - nicht todsicher geplant und herbeigeführt wird. Bei suizidalen Handlungen überwiegt häufig das magisch-phantastische Denken das rationale Planen. Aus einer Notlage heraus - gemäss Henseler ist diese Notlage meist eine Selbstwert-Krise - kommt es zum Agieren von unbewussten und vorbewussten Wünschen nach Rückkehr in einen harmonischen spannungsfreien Primärzustand, nach Auflösen der als unbefriedigend erlebten Selbst-Grenzen, nach Verschmelzung mit wichtigen Bezugspersonen und nach aggressiver Selbst-Behauptung. Die Lebensgefährlichkeit dieses Agierens aus den Wünschen und dem magisch-phantastischen Denken heraus ist dann verschieden ausgeprägt, aber potentiell immer vorhanden.

Die häufig genannten emotional positiv gefärbten Vorstellungen sind als Ausdruck der emotionalen Bedürfnisse, die bei suizidalen Handlungen mitwirken, zu verstehen. Weit- aus am häufigsten genannt sind die Bedürfnisse nach Schlaf und Ruhe, also nach zeitlich begrenzter Regression quasi zur Erholung. Die potentielle Irreversibilität dieser Schlaf- und Ruhezustände wird von den wenigsten Probanden erwähnt.

Ebenso wenig endgültigen Charakter hat der Tod in den häufig genannten Vorstellungen von einem Weiterleben nach dem Tod. Auf dieser weltanschaulichen Ebene ist aber doch mehr Skepsis festzustellen: Auf dieser Ebene ist rationales Denken eher vertreten und wird der Tod weniger verharmlost.

Die Fluchtvorstellungen geben Hinweise auf die Impulsivität einiger suizidaler Handlungen.

Die Aussagen von zwei der nachbefragten Suizidenten (7, 13) zeigen eindrucklich, wie eine misslungene suizidale Handlung eine weitere narzisstische Kränkung sein kann und neue Grössenphantasien "nur noch sicheren Suizid machen" und "nie mehr stümperhaft Suizid begehen" auch ausserhalb akuter Suizidalität als Stabilisatoren eingesetzt werden - gefährlich, weil diese Grössenvorstellungen Krisen nicht verhindern können und dann den Betroffenen vielleicht wieder einmal nur eine suizidale Handlung als Ausweg offen lassen. Dabei erstreben sie nicht das Nicht-sein. Um was es geht, sagt sehr eindrucklich eben dieser (7): Er dachte nie, es sei einfach fertig, er liest Bücher über Wiedergeburt, er glaubt an ein Weiterleben in anderer Form - bis er sich selber gefunden hat.

6.4. Diskussion der Beurteilung der Hilfeleistung

6.4.1. Allgemeine Beurteilung

Die Einstellung der Probanden zum Misslingen des Suizidversuches wird mit zwei Fragen zu "damals" und "heute" erfasst (Tab. 36).

Wie zu erwarten ist, waren unmittelbar nach dem Suizidversuch weniger Probanden "froh" als heute, ausser in der Rezidivgruppe, wo die Zahl der "frohen" Probanden von damals zu heute abgenommen hat. Eine mögliche Erklärung für diesen Befund ist, dass die Befragten der Rezidivgruppe nicht wie die anderen Distanz zum damaligen Suizidversuch gewonnen haben und dass sie gegenüber Hilfeleistung besonders ambivalent eingestellt sind.

6.4.2. Hilfeleistung in der Klinik

Mit verschiedenen Fragen wurden die Probanden aufgefordert, rückblickend die Hilfeleistung in der Klinik zu beurteilen.

Intensive Gespräche wurden etwa gleich häufig mit Pflegepersonen und mit Aerzten geführt (Tab. 37). Diese Gespräche werden auch gleich häufig als besonders wertvoll bezeichnet. Diese Befunde weisen auf die bekannte Tatsache hin, dass in einer psychiatrischen Institution alle Berufsgruppen im Kontakt mit den Betroffenen therapeutische Aufgaben, insbesondere auch in den Gesprächen, haben.

Die vielen genannten oberflächlichen Gespräche, u.a. auch mit Aerzten, weisen auf unbefriedigte Bedürfnisse der Befragten hin (Tab. 37). Die geäußerte Kritik betrifft zum Teil auch die mangelnde Verfügbarkeit der therapeutischen Bezugspersonen: Aerzte und Pflegepersonen haben zu wenig Zeit gehabt, Gespräche haben gefehlt oder sind zu kurz oder zu oberflächlich gewesen und es habe kein Vertrauen entstehen können.

Ein Teil der genannten Mängel wird erklärt durch die bekannten Rahmenbedingungen und beschränkten Möglichkeiten in der psychiatrischen Klinik. Ein anderer Teil ist bedingt durch das besondere subjektive Erleben und das Beziehungsverhalten der Suizidenten:

Nach einigen Anlaufschwierigkeiten entwickelt sich zu den Betreuungspersonen meist eine idealisierende Beziehung mit sehr hohen Erwartungen und grosser Enttäuschungsanfälligkeit. Die meisten Probanden hatten nach dem Suizidversuch ein grosses Kontaktbedürfnis, was auch bei den Fragen nach dem "Wichtigsten und Wertvollsten bei der Klinikbehandlung" und nach "was wäre Ihrer Meinung nach die beste Hilfe gewesen?" (Kap.5.4.3.) zum Ausdruck kommt.

Die hohen Erwartungen konnten in der Klinik trotz dem teilweise befriedigten Kontaktbedürfnis nicht genügend erfüllt werden. Die entstandenen Enttäuschungen liessen sich nur beschränkt auffangen und bearbeiten.

Es erstaunt, dass nur die Hälfte der Probanden sich an eine Kontaktaufnahme durch Klinikmitarbeiter mit Angehörigen oder Bekannten erinnert und davon weiss. Es wird nämlich praktisch immer mit Angehörigen oder Bekannten Kontakt aufgenommen und eigentlich sollte das nicht hinter dem Rücken des Patienten geschehen. Flüchtige telefonische Kontakte zur Vervollständigung der Anamnese in der Krankengeschichte nützen dem Patienten wenig.

Ueberwiegend positiv, d.h. verständnisvoll, wird das Verhalten des Klinikpersonals beurteilt.

Die Entlassung aus der Klinik ist mehrheitlich (77%) auf eigenen Wunsch erfolgt; teilweise (42%) zusammen mit dem Wunsch der Angehörigen. Es werden keine Austrittsverweigerungen genannt. Immerhin die Hälfte der Befragten erinnert sich an eine Ueberweisung an eine Beratungsstelle oder an einen Psychiater/Psychologen. Keine Ueberweisung ging an einen Hausarzt. Gemäss Tab. 43 gingen 17 von 31 (55%) in eine psychologische oder psychiatrische Therapie und 3 (10%) hatten eine einmalige kurze Aussprache mit einem Psychotherapeuten. Wir können daraus schliessen, dass zahlreiche Ueberweisungen gemacht wurden (wohl noch mehr, als erinnert werden) und auch ein grösserer Teil davon zu den vorgesehenen Kontakten führte. Die Probanden, die an der Nachbefragung teilgenommen haben, sind dabei sicher eine Auswahl von besonders kooperativen Suizidenten. Eine altbekannte Tatsache ist, dass eine Zusammenarbeit mit einem Hausarzt selten zustandekommt - die Gründe bleiben offen.

Die Hilfe in der Klinik wird pauschal mit überwältigendem Mehr negativ eingeschätzt, und als nicht ganz ausreichend oder völlig ungenügend bezeichnet. Auf die Fragen nach Kritik kamen viele kritische und empörte Antworten. Am meisten zu Klagen Anlass gaben die Einschränkung der persönlichen Freiheit in der geschlossenen Abteilung und im straffen Tagesablauf, sowie das Zusammensein mit anderen Patienten, die als Bedrohung, Kränkung und Konkurrenz erlebt wurden. Kritisiert wird die mangelhafte Verfügbarkeit der therapeutischen Bezugspersonen und die in der Klinik bestehenden räumlichen und organisatorischen Gegebenheiten.

Deutlich wird spürbar, welche Enttäuschung und Kränkung die psychiatrische Hospitalisation für die Befragten bedeutete. Dem gegenüber stehen durchaus auch positive Erinnerungen an die Hospitalisation: Gute Gespräche und interessante Kontakte und das intensive Erlebnis als Ganzes werden am häufigsten genannt. Die meisten Befragten differenzieren ihre Einschätzung recht weit und doch überwiegen Kritik und negative Erlebnisse.

Die subjektiven Erlebnisse der Suizidenten lassen sich durch mehrere Hintergründe erklären:

Die aus der Literatur bekannte besondere Kränkbarkeit der Suizidenten lässt sie besonders empfindlich auf die Einschränkung ihrer Autonomie und Bewegungsfreiheit und andere Unannehmlichkeiten im Klinikbetrieb reagieren. Sie fühlen sich ohnmächtig und ausgeliefert und reagieren darauf mit Wutgefühlen oder mit verstärkter Regression.

Ein Teil der Wut richtet sich gegen die Klinik, die damit zum Sündenbock werden kann. Das hat eine stimulierende Wirkung: Autonome Kräfte werden mobilisiert und eine rasche Entlassung aus der Klinik angestrebt. Die vorbestehende innere Notlage wird zu einer äusseren Notlage. Reale Lebensschwierigkeiten werden heruntergespielt und Konflikte verdrängt. Die therapeutische Arbeit wird damit schwierig.

Einige Suizidenten mit entsprechender Struktur nehmen das regressive Angebot, das mit der Hospitalisation verbunden ist, an und geraten in eine grössere Abhängigkeit. Nicht selten kommt es dann zu Hospitalismus-Phänomenen. Ein Hinweis dazu ist, dass 4 der nachbefragten Suizidenten 30 Tage und länger hospitalisiert waren.

Die Kränkung ist ohne Zweifel auch durch vermeidbare Gegebenheiten verstärkt worden: Viele der geäusserten Kritiken am Klinikbetrieb betreffen bekannte, für alle Patienten ungünstige Missstände.

Ein anderer wichtiger Aspekt ist die Frage nach dem Auftraggeber für die psychiatrische Hospitalisation. Der Auftraggeber ist nur in den wenigsten Fällen der Suizident selber. Damit kann die Hospitalisation auch den Charakter einer Zwangsmassnahme, einer Strafe, einem Abschieben der Verantwortung, einer Alibiübung und einer Verlegenheitslösung bekommen. Das spürt der Suizident und kann ein solches Hilfsangebot schlecht annehmen.

Die psychiatrische Hospitalisation war für die Suizidenten subjektiv mit vielen Nachteilen verbunden, war ein einschneidendes Erlebnis und hinterliess abschreckende Eindrücke. Die Frage, wie zweckmässig und hilfreich die Hospitalisation objektiv war, kann aufgrund der Nachbefragung nicht beantwortet werden. Es wird lediglich der Nachweis erbracht, dass die betroffenen jugendlichen Suizidenten eine Auswahl mit besonders ausgeprägter Suizidalität sind. Besonders die nicht-interviewten, aber auch die interviewten Probanden zeigen eine hohe Rate von wiederholten Suizidversuchen und eine Häufung von anderen Risikomerkmalen. Zur Zeit gibt es in Zürich für besondere Risikopatienten nach Suizidversuch ausser der psychiatrischen Universitätsklinik und zwei privaten psychiatrischen Kliniken in der näheren Umgebung kaum alternative stationäre Betreuungsinstitutionen.

Aus den subjektiven Erlebnissen der nachbefragten Suizidenten und den genannten Hintergründen leite ich ab:

Durch Verbesserung des stationären Betreuungsangebotes für die Krisenintervention bei Suizidalität und nach Suizidversuch muss angestrebt werden, die folgenden objektiven Nachteile der heute üblichen psychiatrischen Hospitalisation zu vermeiden:

- Ueberweisungen mit Wechsel der therapeutischen Bezugspersonen.
- Räumliche und zeitliche strikte Trennung von somatischer, psychiatrischer und psychotherapeutischer Betreuung.
- Diskriminierung der psychiatrischen Kliniken bezüglich materielle, d.h. räumliche und personelle Voraussetzungen.

Für die Praxis im Umgang mit suizidalen Patienten sind folgende Punkte besonders zu beachten:

- Ueberweisung/Einweisung in psychiatrische Klinik: Soweit möglich soll der Suizident selber Auftraggeber sein durch entsprechende Motivationsarbeit, klare Information und Vorbereitung auf die bevorstehenden Einschränkungen und Enttäuschungen. Beim ablehnenden Suizidenten müssen die nahestehenden Bezugspersonen besonders sorgfältig einbezogen werden. Die Gründe für eine Hospitalisation sind offen zu deklarieren, eigene Grenzen aufzuzeigen und die entsprechenden rechtlichen Implikationen zu beachten.
- In der Klinik: Einschränkungen der Freiheit sind der Betreuungsbedürftigkeit möglichst gut anzupassen und die Kränkung durch unnötige Bevormundung zu vermeiden. Klare Information bezüglich der verfügbaren Gesprächszeit, Vorbereitung auf kommende Enttäuschungen. Fokussierung der bearbeiteten Thematik mit Schwergewicht auf Kränkungsverarbeitung, dazu gehört auch die entsprechende Bearbeitung der Ohnmachts- und Wutgefühle, der Bagatellisierung wichtiger realer Lebensschwierigkeiten, der unangebrachten Regression etc. Gezielte Vorbereitung der Nachbetreuung durch Motivationsarbeit, möglichst kontinuierliche Betreuung (konstante Bezugsperson, überlappende Betreuung bei unumgänglicher Ueberweisung). Soweit möglich Einbezug wichtiger Bezugspersonen in die Behandlung.
- Nachbetreuung: Verbindliche Vereinbarungen, eventuell systematische Nachgespräche, Psychotherapie mit besonderer Beachtung der narzisstischen Problematik und wenn möglich Einbezug wichtiger Bezugspersonen.

6.4.3. Hilfeleistung ausserhalb der Klinik

Die Hilfeleistung ausserhalb der Klinik wird insgesamt positiver gesehen, verglichen mit der Hilfe in der Klinik. Einzelne Bezugspersonen und Selbsthilfe werden als wichtige Hilfen angegeben.

Als verständnisvolle und helfende Bezugspersonen nach dem Suizidversuch stehen die Eltern vor den Freunden und Bekannten an erster Stelle. Diese Tatsache begründet die Vermutung, dass der Suizidversuch häufig eine Intensivierung und Verbesserung der Beziehungen zu den nächsten Bezugspersonen bewirkte.

Auf die Frage nach der "besten Hilfe" werden fast durchwegs Antworten gegeben, die den Wunsch enthalten, menschliche Beziehungen zu finden und zu verbessern.

Damit wird die bekannte Tatsache sichtbar, dass in suizidalen Handlungen häufig unbewusst nicht der endgültige Tod, sondern eine Modifikation der bestehenden Situation, besonders der Beziehungssituation, intendiert wird.

6.4.4. Psychotherapie

Etwa 55% der Nachbefragten, zu etwa gleichen Teilen aus allen Verlaufsgruppen, hatten nach dem Klinikaufenthalt eine Psychotherapie. Sie beurteilen die dadurch erhaltene Hilfe etwa gleich häufig positiv wie negativ. Die Verlaufsgruppe ohne Rezidiv beurteilt die Hilfe etwas positiver als die anderen Verlaufsgruppen.

Es sind insgesamt etwa 29% der Nachbefragten (9 von 31), die bewusst einen Nutzen der Psychotherapie verspüren und auch verbalisieren. Darunter sind 4 Probanden, die zum Zeitpunkt des Interviews noch in Therapie waren.

6.4.5. Selbstmordverhütung

Die Einstellung zur Selbstmordverhütung, die ganz allgemein erfragt wurde, ist überwiegend positiv. Die Verlaufsgruppe ohne erneute Suizidgedanken steht der Selbstmordverhütung ablehnender gegenüber als die anderen Verlaufsgruppen. Die Frage ist, ob diese Ablehnung mehr durch Zweifel am Nutzen oder mehr durch das Gefühl, damit nichts mehr zu tun haben zu wollen, bedingt ist.

Die gemachten Vorschläge zur Hilfe an Menschen mit Selbstmordgedanken sind bei etwa einem Viertel der Probanden so zu verstehen, dass nicht geholfen werden kann und soll. Die meisten Vorschläge betreffen die Verbesserung des Kontaktes, der Aussprachemöglichkeiten und der Zuwendung.

7. Zusammenfassung

=====

Bei 82 Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter bis 25 Jahre, die 1977 und 1978 nach einem Suizidversuch in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich hospitalisiert waren, wurden aus den Krankengeschichten Basisdaten erhoben und eine persönliche Nachbefragung angestrebt.

Bei 31 Probanden konnte, mit einem katamnestischen Intervall von 1/2 - 2 Jahren, durchschnittlich 19 Monaten, ein Nachuntersuchungs-Interview durchgeführt werden.

Die Basisdaten der 31 Probanden mit Interview werden mit den Daten der 51 Probanden ohne Interview und den aus der Literatur und Repräsentativ-Umfragen bekannten Befunden verglichen.

Wir stellen fest, dass die Nicht-interviewten-Suizidenten insgesamt deutlich weniger sozial integriert waren und deutlich mehr Risikomerkmale für erhöhte Suizidalität zeigten, insbesondere viel häufiger beruflich unqualifiziert arbeiteten, häufiger Alkohol- und Drogen-abhängig waren und häufiger bereits frühere Suizidversuche in der Anamnese hatten. Wir leiten ab, dass die äussere Unmöglichkeit oder die Ablehnung einer persönlichen Nachbefragung mit einem eher ungünstigen Verlauf korreliert.

Die Suizidenten, bei denen ein katamnestisches Interview gemacht werden konnte, die also kontaktierbar und kooperationsbereit waren, zeigten eher günstigere Verläufe. Von 31 interviewten Probanden begingen 6 erneute Suizidversuche und 12 hatten erneute Suizidgedanken ohne erneuten Suizidversuch.

Bei den nachbefragten Probanden ergaben sich, verglichen mit einer repräsentativen normalen Vergleichsgruppe, auffallend hohe Zahlen von Ausbildungsschwierigkeiten, Veränderungen in der Herkunftsfamilie (broken home) und fehlende feste Partnerschaften. Bei den Fragen zur früheren Suizidalität wurden von 20 der 31 Probanden wiederholte Suizidversuche angegeben, verglichen mit der Literatur ein sehr hoher Anteil.

Die katamnestischen Verlaufsgruppen unterscheiden sich in den vielen untersuchten Merkmalen meist gering. Die festgestellten Unterschiede sind aufgrund der kleinen Zahlen statistisch unbedeutend und können nur sehr vorsichtig interpretiert werden. Ausser dem Merkmal der besonders häufigen Ausbildungsschwierigkeiten zeichnet sich die Gruppe mit erneutem Suizidversuch nicht durch eine besondere Häufung von Risikomerkmalen aus, sondern eher dadurch, dass diese Probanden in einer vergleichsweise späteren Lebensphase in eine Krise mit wiederholter Suizidalität gerieten.

Die Literaturübersicht und der Bericht über die Betreuung suizidaler Patienten in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich aus meiner Sicht als Assistenzarzt bilden den Hintergrund, vor dem die von den Probanden geäusserten Vorstellungen vom Tod und die rückblickende Beurteilung der Hilfeleistung eingeschätzt werden.

In den Vorstellungen vom Tod äusserten die Probanden Phantasien, die in der Psychodynamik Suizidaler typisch sind. Die Aussagen sind vorwiegend emotional positiv gefärbt und enthalten häufig die Anschauung, dass es eine Form von Weiterleben nach dem Tod gebe.

Bei der rückblickenden Beurteilung der Hilfeleistung nach dem Suizidversuch zeigte sich, dass die psychiatrische Hospitalisation für die meisten Nachbefragten subjektiv mit vielen Mängeln und Nachteilen verbunden war. Hinter diesen subjektiven Erlebnissen stehen neben den bekannten kritisierbaren Rahmenbedingungen der Institution die besondere Betreuungsbedürftigkeit, das besondere Beziehungsverhalten und die besondere Kränkbarkeit der Suizidenten. Bei der Nachbetreuung von Suizidenten ist daher besonders zu achten auf: Konstanz der therapeutischen Bezugspersonen, Vermeidung unnötiger Bevormundung, Vorbereitung auf unvermeidliche Enttäuschungen und Verbindlichkeit der Vereinbarungen.

Literaturverzeichnis

Alvarez, A.

Der grausame Gott

Hoffmann Kampe, Hamburg, 1974

Améry, J.

Hand an sich legen, Diskurs über den Freitod

Klett-Cotta, Stuttgart, 1978

Battegay, R.

Narzissmus und Objektbeziehungen

Huber, Bern, 1977

Battegay, R., Haenel, T.

Narzisstische Störungen und Suizidalität

Sozial- und Präventivmedizin 24, 42-47 (1979)

Beckmann, D.

Giessen-Test

Huber, Bern, 1975

Beckmann, D., Richter, H.E.

Erfahrungen mit dem Giessen-Test (GT)

Huber, Bern, 1979

Berner, P., Sonneck, G.

Psychotische Suizidhandlungen

Münch. med. Wschr. 117/6 193-195 (1975)

Biener, K., Roschewski, L.

Vorschläge Jugendlicher zur Verhütung von Selbstmorden Jugendlicher

Psychiatr. Prax. 8, 31-33 (1981)

Biener, K., Burger, C.

Selbstmordversuche und Abschiedsbriefe Jugendlicher

Nervenarzt 47, 179-185 (1976)

Blancpain, R., Zeugin, P., Häuselmann, E.

Erwachsenwerden

Haupt, Bern, 1983

Böcker, F.

Suizide und Suizidversuche

Thieme, Stuttgart, 1973

Bogard, M.H.

Follow-up Study of suicidal Patients seen in emergency Room Consultation

Amer. J. Psychiat. 126, 1017-1020 (1970)

Böhme, K.

Zur praktischen Versorgung von Suizidenten

Nervenarzt 51, 152-158 (1980)

Böhme, K., Kulessa, Ch., Reiner, A.

Suizidenten-Nachbetreuung

Deutsches Aerzteblatt 50, 3045-3047 (1978)

- Bortz, J.
Lehrbuch der Statistik
Springer, Berlin (1977)
- Brun del Re, F., Picon, E.
Des tentatives de suicide dans le canton de Fribourg
Médecine sociale et préventive 24, 69-73 (1979)
- Clauss, G., Ebner, H.
Grundlagen der Statistik
Deutsch-Verlag, Zürich (1972)
- Davenport, R.H., Davenport, D.
Arzt und Suicidverhütung
Hexagon Roche, 3, 13-17 (1980)
- Davenport, R.H., Davenport, D.
A psychological Autopsy study of suicide in Zürich
Referat Gerichtlich-Medizinisches Institut der Universität Zürich (1977)
- Davidson, F., Choquet, M.
Etude épidémiologique du suicide de l'adolescent:
comparaison entre suicidants primaires et suicidants récidivistes
Rev. Epidém. et Santé Publ., 24, 11-26 (1976)
- Davidson, F., Choquet, M., Facy, F.
La notion de risque dans le domaine du suicide de l'adolescent
Rev. Epidém. et Santé Publ., 24, 283-300 (1976)
- Durkheim, E.
Der Selbstmord
Luchterhand, Berlin, 1973 (1. Ausgabe, le suicide, 1897)
- Egloff, A.R.
Freiwilligkeit und Zwang bei 200 psychiatrischen Klinikaufnahmen
Med. Diss., Zürich, 1973
- Ernst, K., Kern, R.
Suizidstatistik und freiheitliche Klinikbehandlung 1900-1972
Arch. Psychiat. Nervenkr. 219, 255-263 (1974)
- Ernst, K.
Die Zunahme der Suizide in den Psychiatrischen Kliniken.
Tatsachen, Ursachen, Prävention
Sozial- und Präventivmedizin 24, 34-37 (1979)
- Ernst, K.
Praktische Klinikpsychiatrie
Springer, Berlin, 1981
- Fischer, W., Ladame, F.G.
Premiers résultats de recherches sur les tentatives de suicide des
adolescents: l'itinéraire présuicidaire
Médecine sociale et préventive 24, 49-52 (1979)
- Frei, R.
Trend der Selbstmordziffern in der Rezession
Med. Diss., Zürich, 1979

Feuerlein, W.

Sucht und Selbstmordhandlungen, in Ringel, E. (Herausgeber)
Lambertus, Freiburg, 1976

Feuerlein, W.

Selbstmordversuch oder parasuizidale Handlung?
Nervenarzt 42, 127-130 (1971)

Garbely, F.

Champ-Dollon: "Im Treibhaus für Selbstmorde"
Das Konzept 7/8 (1979)

Gibbs, J.P., Martin, W.T.

Status Integration and Suicide
Oregon Univ. Press, Oregon, 1964

Gunn-Sechehayé, A.

Prévention du suicide: Rôle et efficacité des services de secours
par téléphone
Sozial- und Präventivmedizin 24, 28-33 (1979)

Haffter, C., Wange, G., Zumpe, L.

Selbstmordversuche bei Kindern und Jugendlichen
Psychologische Praxis, 39 (1966)

Hartmann, H.P.

Selbstmorde in der Schweiz
Schweiz. Aerzteztg. 43, 1874-1875 (1977)

Heer, M., Städeli, H.

Suizidgefährdung im Spiegel psychologischer Testverfahren
Sozial- und Präventivmedizin 24, 58-69 (1979)

Henseler, H.

Narzisstische Krisen / Zur Psychodynamik des Selbstmordes
Rowohlt, Hamburg, 1974

Henseler, H.

Die Interaktionsbeobachtung als diagnostische und therapeutische
Chance bei Suizidgefährdeten, in Ringel E. (Herausgeber)
Lambertus, Freiburg, 1976

Henseler, H.

Die Psychodynamik des suizidalen Erleben und Verhalten
Nervenarzt 51, 139-146 (1980)

Hofmann, T.

Katamnesen nach Suizidversuch, Hinweise für die Behandlung
Schweiz. Rundschau Med. (Praxis) 60, 433-444 (1971)

Holzkamp, K.

Kritische Psychologie, Vorbereitende Arbeiten
Fischer, Frankfurt a.M., 1972

Jacobs, J.

Selbstmord bei Jugendlichen
Kösel, München, 1974

Jahresberichte

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich 1976, 1977, 1978, 1979

Jakob, O.

Der Suizid in der Schweiz 1876-1977

Sozial- und Präventivmedizin 24, 21-27 (1979)

Köhler, K.

Aerztliche Behandlung beim Selbstmordversuch

Deutsche Medizinische Wochenschrift 17/1, 5-7 (1972)

Kramer, M., Pollack, E. (u.a.)

Mental Disorders / Suicide

Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts (1972)

Kreitman, N.

Die Epidemiologie von Suizid und Parasuizid

Nervenarzt 51, 131-138 (1980)

Kulessa, Ch., Böhme, K.

Ursprung und Entwicklung der Selbstmordverhütung in der deutschsprachigen Psychiatrie

Fortschr. Neurol. Psychiat. 48, 629-642 (1980)

Kurz, A., Möller, H.J.

Ergebnisse der epidemiologischen Evaluation von suizidprophylaktischen Versorgungsprogrammen

Psychiat. Prax. 9, 12-19 (1982)

Lalive, J., Fischer, W., Fornallaz, C.

Tentatives de suicide et filières de soins:

vers une compréhension des mesures thérapeutiques

Médecine sociale et préventive 24, 53-57 (1979)

Lester, D.

Why People kill themselves

Charles Thomas, Springfield, 1972

Lisch, R., Kriz, J.

Grundlagen und Modelle der Inhaltsanalyse

Rowohlt, Hamburg, 1978

Marten, R.F.

Probleme und Ergebnisse von Verlaufsuntersuchungen an Suizidenten in Henseler u.a. (Herausgeber) Selbstmordgefährdung

Frommann-Holzboog, Stuttgart, 1981

Mayer Rémy

Med. Dissertation, Zürich, in Vorbereitung

Möller, H.J., Werner, V., Feuerlein, W.

Beschreibung von 150 Patienten mit Selbstmordversuch durch Tabletten - unter besonderer Berücksichtigung des Selbstmordverhaltens und der

Inanspruchnahme von Beratungsmöglichkeiten für Suizidgefährdete

Arch. Psychiat. Nervenkr. 226, 113-135 (1978)

Möller, H.J., Werner, V.

Aspekte suizidalen und parasuizidalen Verhaltens bei Selbstmordversuchen

Nervenarzt 50, 311-316 (1979)

Otto, U.

Suicidal Acts by children and adolescents

Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplementum 233 (1972)

Padrutt, H.

Die Abschätzung der Suizidalität

Überprüfung der praktischen Brauchbarkeit einer Risikoliste

(Pöldinger, W.) zur Abschätzung der Suizidalität

Praxis 11, 403-414 (1970)

Pohlmeier, H.

Die Angst vor Sucht- und Suizidpatienten, in Ringel, E. (Herausgeber)

Lambertus, Freiburg (1976)

Pohlmeier, H.

Selbstmordverhütung - Praxis und Theorie heute

Sozial- und Präventivmedizin 24, 8-12 (1979)

Pöldinger, W.

Die Abschätzung der Suizidalität

Huber, Bern, 1968

Pöldinger, W., Sonneck, G.

Die Abschätzung der Suizidalität

Nervenarzt 51, 147-151 (1980)

Pöldinger, W.

Familie und Suizid

Schweiz. Aerztezeitung 63, 668-673 (1982)

Richter, H.E.

Alle redeten vom Frieden

Rowohlt, Hamburg, 1981

Ringel, E.

Der Selbstmord, Abschluss einer krankhaften Entwicklung

Maudrich, Wien, 1953

Ringel, E.

Selbstmordverhütung

Huber, Bern, 1969

Ringel, E.

Selbstmord Appell an die anderen

Kaiser, München, 1974

Ringel, E. (Herausgeber)

Sucht und Suizid

Lambertus, Freiburg, 1976

Ringel, E.

Das Leben wegwerfen? Reflexionen über Selbstmord

Herder, Wien, 1978

Rüeggsegger, P.

Selbstmordversuche. Klinische, statistische und katamnestiche

Untersuchungen an 132 Suizidversuch-Patienten der Basler Psy-

chiatrischen Universitätsklinik

Psychiat. Neurol., Basel 146, 81-104 (1963)

Uchtenhagen, A.

Theoretisches Modell zur Interpretation devianter Karrieren
in: Jahresbericht Schweizerischer Nationalfonds 1977

Wedler, H.

Gerettet? Begegnungen mit Menschen nach Suizidversuchen
Luchterband, Darmstadt, 1979

Wellhöfer, P.

Selbstmord und Selbstmordversuch
Fischer, Stuttgart, 1981

WHO

Prevention of Suicide
Public Health Papers, WHO, Genf, 1968

WHO

Suicide and attempted suicide
Public Health Papers, WHO, Genf, 1974

WHO

World Health Statistics, WHO, Genf, 1978

Widmer, A.

Selbstmordgedanken und Persönlichkeitsstruktur bei 19-jährigen Zürchern
Med. Diss., Zürich, 1977

Widmer, A.

Selbstmordgedanken, Persönlichkeitsstruktur und soziale Probleme bei
19-jährigen Zürchern
Sozial- und Präventivmedizin 24, 47-49 (1979)

Wildbolz, A.

Selbstmordverhütung im Spital
Schweiz. med. Wschr. 110, 1222-1230 (1980)

Wulliemier, F., Bovet, J., Meylan, D.

Le devenir des suicidants admis à l'hôpital général. Etude comparative
de deux formes de prévention des récidives et des suicides.
Médecine sociale et préventive 24, 73-88 (1979)

Zerssen, P.

Die Beschwerdeliste (Manual)
Beltz, Weinheim, 1976

Zimmer, D.

Karriereverlauf und Massnahmenevaluation bei devianten Jugendlichen
Sozial- und Präventivmedizin 24, 300-302 (1979)

Zumpe, L. (1959), in

Haffter, C., Selbstmordversuche bei Kindern und Jugendlichen
Psychologische Praxis 39 (1966)

SCHWEIZERISCHER NATIONALFONDS ZUR FÖRDERUNG DER WISSENSCHAFTLICHEN FORSCHUNG

Projekt des Sozialpsychiatrischen Dienstes Zürich im Rahmen des
NATIONALEN PROGRAMMS SOZIALE INTEGRATION

Studie: Suicidversuch und Integration bei Jugendlichen
Fragebogen zur Erstuntersuchung

Zum Datenschutz und zur Wahrung des Arztgeheimnisses wird der Name separat vom Fragebogen aufbewahrt. Der Fragebogen wird durch die Untersuchungsnummer gekennzeichnet. Nur die Mitarbeiter der Studie können herausfinden, wen die Daten betreffen.

Aus diesem Grund werden auch Namen und Adressen der Angehörigen auf diesem Blatt vermerkt und nicht im Fragebogen selbst.

Name, Proband: _____

Nr.: _____

Geburtsdatum: _____

gültige, bzw. letzte Adresse: _____

Geburtsort: _____

Heimatort: _____
(Bürgerort)

Eltern: (Geburts- & Vornamen) _____

Adresse: _____

andere wichtige Bezugsperson: _____

(bei Ehefrau Geburts- & Vornamen)

Adresse: _____

Kinder, Name und Heimatort: _____

Vormund/Beirat/Schutzaufsicht: _____

(Name und Adresse) _____

Aktueller Arbeitsplatz: _____

für Männer: Militär. Einteilung: _____

WOHNEN / ARBEIT / FINANZEN

1.1. Wo wohnen Sie zur Zeit?

Mietzimmer	☐	1)	33
Mietwohnung	☐	2)	
Haus gemietet	☐	3)	
Wohneigentum	☐	4)	
anderes _____	☐		34

1.2. Wohnen Sie allein oder mit anderen Personen zusammen?

allein	☐	1)	36
mit Partner, Kindern	☐	2)	
mit Eltern, Herkunftsfamilie	☐	3)	
mit Freunden	☐	4)	
mit Kollegen, ohne besonderen Kontakt	☐	5)	
Notunterkunft	☐	6)	
anderes _____	☐		37

1.3. Gibt es besondere Gründe, dass Sie so wohnen?

nein	☐	1)	39
aus beruflichen Gründen	☐	1)	40
Wunsch, auf eigenen Füßen zu stehen	☐	1)	41
Schwierigkeiten mit den Eltern	☐	1)	42
Partnerschaft	☐	1)	43
damit ich mehr Kontakte habe	☐	1)	44
anderes _____	☐		45

2.1. Haben Sie einen Beruf?

nein	☐	1)	47
ja	☐	2)	
wenn ja: welchen?	☐		48

2.2. Wie arbeiten Sie gegenwärtig?

ganztags, regelm.	☐	1)	50
teilzeit, regelm.	☐	1)	51
gelegentlich	☐	1)	52
Hausfrau	☐	1)	53
Berufslehre	☐	1)	54
Schule, Uni	☐	1)	55
ohne Arbeit	☐	1)	56
anderes _____	☐		57

2.3. In welchem Anstellungsverhältnis arbeiten Sie?

selbständig
angestellt
gekündigt, neue Stelle in Aussicht
gekündigt, keine neue Stelle in Aussicht

1) 59
2)
3)
4)

2.4. In welcher Stellung arbeiten Sie gegenwärtig?

60,61

2.5. Entspricht / entsprach die Arbeit Ihrer Ausbildung / Berufserfahrung?

ja
einigermassen
nur wenig
nein, gar nicht

1) 62
2)
3)
4)

2.6. Gefällt / gefiel Ihnen die Arbeit, finden Sie sie interessant oder langweilig?

gefällt mir sehr
gefällt mir meistens, bin selten gelangweilt
ab und zu finde ich sie interessant
finde sie meist langweilig, uninteressant
gefällt mir gar nicht

1) 63
2)
3)
4)
5)

2.7. Fühlen / fühlten Sie sich der Arbeit gewachsen?

ja, aber fordert mich zu wenig
ja, durchaus
geht so
nein, eher nicht

1) 64
2)
3)
4)

2.8. An welchen Arbeitsstellen haben Sie - abgesehen von den Ausbildungsstellen - bis jetzt gearbeitet?

1 = zufrieden
2 = unzufrieden
3 = mässig zufrieden
4 = weiss nicht
5 = nicht erfragt

ab Jahr	Mte	Art des Betriebs (Gr./Mitbest./ua.)	Stellung	Bemerkungen zur Arbeit	zum Betriebsklima	
						65-74
					Ø 2	1-8
						9-18
						19-28
						29-38
						39-48

2.9. Wie oft haben Sie in den letzten 4 Monaten die Stelle gewechselt?

☐☐ 49,50

2.10. Haben Sie früher einmal über längere Zeit mit der Arbeit ausgesetzt?

nein ☐ 1) 51
ja ☐ 2)
mehrmals ☐ 3)
nie regelmässig ☐ 4)
gearbeitet

2.11. Wie lange haben Sie in den letzten 4 Jahren gesamthaft gearbeitet, bzw. sind Sie in Ausbildung gewesen?

Mte gearbeitet ☐☐ 52,53
Mte nicht gearbeitet ☐☐ 54,55

3.1. Aus welchen Einkünften leben Sie?

eigene Arbeit ☐ 1) 56
Ersparnisse ☐ 1) 57
Vermögen/Erbsvorbezug ☐ 1) 58
Unterstützung durch Eltern ☐ 1) 59
Unterstützung durch Partner ☐ 1) 60
Darlehen ☐ 1) 61
von Freunden gepumpt ☐ 1) 62
IV/Sozialgelder ☐ 1) 63
gelegentliche Geschäfte ☐ 1) 64
Stipendien ☐ 1) 65
Fürsorge ☐ 1) 66
anderes ☐☐ 67,68

3.2. Wieviel Geld haben Sie monatlich zur Verfügung?
(durchschnittlich in den letzten 4 Monaten)

☐☐☐☐ 69-72

3.3. Haben Sie zur Zeit finanzielle Schwierigkeiten?

nein ☐ 1) 73
ja, etwas ☐ 2)
ja, sehr ☐ 3)

☒ 3 ☐☐☐☐☐☐☐ 1-8

KINDER / PARTNERSCHAFT / BEZIEHUNGEN

4.1. Haben Sie Kinder?

ja ☐ 1) 9
nein ☐ 2)

wenn ja

4.2.	Anzahl			10,11
4.3.	Welche Bedeutung haben die Kinder für Sie, welchen Einsatz leisten Sie für sie?			
	(Wo sind sie? Zu Hause, Heim, Pflegeeltern?)			
		wichtiger Lebensinhalt	1)	12
		wichtig f. Bez. zu Partner	1)	13
		eher gelegentlich lästig	1)	14
		ziemliche Belastung	1)	15
		zu grosse Belastung für mich	1)	16
		interessiere mich nicht besonders dafür	1)	17
		anderes		18,19
				20,21

5.1.	Ich würde gerne mit Ihnen über Partnerbeziehungen sprechen: Haben Sie gegenwärtig einen festen Partner?			
		Freund/-in seit kurzem	1)	22
		Freund/-in seit längerer Zeit	2)	
		Ehepartner	3)	
		nein, keinen	4)	

Wenn nein: Rest der Frage 5 überspringen

5.2.	Können Sie Ihren Partner in einigen Stichworten beschreiben?			23,24
				25,26

5.3.	Was haben Sie gemeinsam?			
		Vertrautheit, Nähe	1)	27
		Interessen, Gespräche, Freunde	1)	28
		Zärtlichkeiten, Petting	1)	29
		Sex	1)	30
		Wohnen	1)	31
		Kasse	1)	32
		Kinder	1)	33
		Zukunftspläne	1)	34
		Arbeit	1)	35
		Drogen	1)	36
		Freunde	1)	37
		Gespräche	1)	38
		anderes		39,40

5.4.	Was erwartet der Partner von Ihnen?			41
	(in Reihenfolge)			42
				43
				44
				45
				46

5.5. Gibt es Dinge, für die Sie auf die Unterstützung des Partners angewiesen sind?

Finanzen	☐	1) 47
Wohnung	☐	1) 48
praktische Dinge (Kochen, Nähen, Handwerkliches, Amtliches)	☐	1) 49
Dinge unternehmen (Ausgehen, Ferien)	☐	1) 50
Entscheidungen, Verantwortung kann mich nur mit dem Partner entspannt und sicher fühlen	☐	1) 51
...nicht einsam fühlen	☐	1) 52
könnte die Dinge auch ohne den Partner tun	☐	1) 53
anderes _____	☐	1) 54
	☐	55, 56

6.1. Haben Sie die Beziehungen, die Sie sich wünschen?

ja	☐	1) 57
teilweise	☐	2)
nein	☐	3)

6.2. Was müsste sich ändern?

_____	☐	58, 59
_____	☐	60, 61

7. Kartenspiel Beziehungen (blau)

Ich habe hier einige Aussagen über Beziehungen. Können Sie diese so ordnen, dass es für Sie stimmt?

1 - 5 lt. Sortierblatt

6 = wegen geringer Kooperation nicht durchführbar

Bei diesem Spiel gibt es keine leeren Kärtchen!

A) Oft gehen Beziehungen, die ich habe, zuerst sehr gut, und plötzlich ist man verfeindet, weicht aus _____	☐	62
B) Ich erwarte von meinen Bekannten und Freunden, dass sie für mich da sind und mich unterstützen _____	☐	63
C) Mich interessieren nur sehr intensive und enge Beziehungen zu einem Menschen _____	☐	64
D) Ich habe sehr intensive und enge Beziehungen zu mehreren Menschen _____	☐	65
E) Auch bei Menschen, die mir nahe stehen, versuche ich unbedingt Distanz zu halten _____	☐	66
F) Wenn mich Freunde um Rat und Hilfe bitten, setze ich mich gerne für sie ein. _____	☐	67
G) In meinen Beziehungen zu anderen Menschen gibt es oft Enttäuschungen und Kränkungen _____	☐	68
H) Ich habe gute Freunde, die ich seit Jahren kenne _____	☐	69

- | | | |
|---|--------------------------|----|
| I) Ich bin zufrieden mit meinen privaten Beziehungen so wie sie sind_____ | ☐ | 70 |
| K) Die meisten Leute, die ich kennenlerne, interessieren mich nicht_____ | ☐ | 71 |
| L) Ich kann jemandem, den ich kenne, zuerst rasch nahe sein, und plötzlich wirkt er fremd auf mich_____ | ☐ | 72 |
| M) Ich bin zuerst meist miss-
trauisch_____ | ☐ | 73 |

Bemerkungen zu Beziehungen

Bemerkung ja ☐ 1) 74
nein ☐ 2)

75,76

8. Kartenspiel Konfliktverhalten (grün)

Versuchen Sie sich bitte eine Situation vorzustellen, wo Sie mit jemandem, der Ihnen nahesteht, Konflikte haben, z.B. wo Sie sich unfair behandelt fühlen.

Können Sie ein Beispiel nennen oder sich vorstellen? _____

Wie gehen Sie mit solchen Spannungen und mit den Gefühlen in Ihnen um, und was tun Sie dann?

1 - 5 lt. Sortierblatt

6 = wegen geringer Kooperation nicht durchführbar

Ø	4								
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--

1-8

- | | | |
|--|--------------------------|----|
| A) meide die Spannungen oder Leute, die mich in Spannung versetzen_____ | ☐ | 9 |
| B) ziehe mich von allen Leuten zurück_____ | ☐ | 10 |
| C) nehme ein Beruhigungsmittel oder abends ein Schlafmittel_____ | ☐ | 11 |
| D) versuche, mich mit Alkohol zu entspannen_____ | ☐ | 12 |
| E) muss einen Schuss (eine Droge) haben_____ | ☐ | 13 |
| F) es ist mir egal, da es mich ja ohnehin kalt lässt; warte einfach ab_____ | ☐ | 14 |
| G) lenke mich ab (Kino, andere Leute, Unternehmungen)_____ | ☐ | 15 |
| H) grübele viel darüber nach, versuche zu verstehen_____ | ☐ | 16 |
| I) versuche, mich zu ändern oder anzupassen_____ | ☐ | 17 |
| K) male mir in der Phantasie aus, wie ich mich wehren könnte oder wie es ideal wäre_____ | ☐ | 18 |
| L) versuche, meine Interessen möglichst ohne grosses Aufheben durchzu-
setzen | ☐ | 19 |
| M) setze mich um jeden Preis durch, auch wenn dabei gewisse Umgangsformen
missachtet oder Menschen gekränkt werden_____ | ☐ | 20 |
| N) such in jedem Fall den eigentlich Schuldigen, um mich zu revanchieren_____ | ☐ | 21 |
| O) habe eine solche Wut, dass ich fluche, schimpfe und wettere_____ | ☐ | 22 |
| P) habe eine solche Wut, dass ich alles zusammenschlagen könnte und es
gelegentlich auch tue_____ | ☐ | 23 |
| Q) tue oder sage Dinge, um jemanden anderen herauszufordern und um mich
streiten zu können_____ | ☐ | 24 |
| R) suche jemanden, der mich versteht, um mich bei ihm auszusprechen_____ | ☐ | 25 |
| S) suche Freunde, die zu mir halten_____ | ☐ | 26 |

- T) suche möglichst viele Verbündete, mit denen ich gemeinsam meine Interessen durchsetzen kann ☐ 27
- U) spreche mit den Beteiligten und versuche die Spannung zu lösen ☐ 28
- V) anderes ☐ 29
- ☐ 30,31

FREIZEIT

9.1. Mit wem verbringen Sie die freie Zeit?

	meist./gel.	
Partner	☐	32
Kinder	☐	33
Freunde	☐	34
Kollegen	☐	35
Eltern	☐	36
Geschwister	☐	37
allein	☐	38
andere	☐	39

1 2

9.2. Haben Sie bestimmte Freizeitinteressen, bzw. Dinge, die Sie gerne tun?

Sport treiben	☐	1) 40
wandern	☐	1) 41
Musik machen, malen	☐	1) 42
Kino, Fernsehen, Sportveranstaltungen besuchen	☐	1) 43
Romane etc. lesen	☐	1) 44
Platten, Musik hören	☐	1) 45
Sach-, Fachbücher lesen	☐	1) 46
kulturelle Veranst. besuchen (Konzerte, Votr., Ausst.)	☐	1) 47
tanzen, ausgehen, festen	☐	1) 48
Leute besuchen, Beziehungen pflegen, diskutieren	☐	1) 49
basteln, werken	☐	1) 50
Töff oder Auto	☐	1) 51
daheim sein	☐	1) 52
meditative Techniken, religiöse Besinnung (beten)	☐	1) 53
anderes	☐	54-57

9.3. Ist Politik für Sie wichtig?

ja, bin interessiert	☐	1) 58
ja, lese regelmässig Zeitung	☐	1) 59
ja, diskutiere gerne darüber, wenn es sich ergibt	☐	1) 60
ja, bin Mitglied einer politisch orientierten Gruppe	☐	1) 61
nein, interessiert mich nicht, ist egal	☐	1) 62
nein, lehne Politik ab	☐	1) 63

BEFINDLICHKEIT - SOMATISCH

10.1. Fühlen Sie sich körperlich gesund?

Art der Beschwerden?

10.2. Waren Sie im letzten Monat in ärztlicher Behandlung?

Wegen? _____

10.3. Machen Sie sich oft Gedanken über Ihre körperliche Gesundheit?

10.4. Haben Sie in den letzten 4 Wochen unter folgenden Beschwerden gelitten?

ja
habe geringfügige Beschwerden
nein, fühle mich nicht gesund

☐ 1) 64
☐ 2)
☐ 3)

☐ ☐ ☐ 65-67

nein
ja, wegen körperlicher Beschwerden
ja, wegen psychischer Beschwerden
ja, wegen beidem

☐ 1) 68
☐ 2)
☐ 3)
☐ 4)

☐ ☐ ☐ 69,70
☐ ☐ ☐ 71,72

nein
ja, etwas
ja, sehr

☐ 1) 73
☐ 2)
☐ 3)

☐ 5 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

1-8

	stark 1)	mässig 2)	kaum 3)	gar nicht 4)	
1. Kopfschmerzen bzw. Druck im Kopf oder Gesichtsschmerzen					9
2. Müdigkeit					10
3. Gleichgewichtsstörungen					11
4. Anfallsweise Atemnot					12
5. Erstickungsgefühl					13
6. Neigung zum Weinen					14
7. Appetitlosigkeit					15
8. Schluckauf					16
9. Herzklopfen, Herzjagen, Herzstolpern					17
10. Rasche Erschöpfbarkeit					18
11. Angstgefühl					19
12. Leibschmerzen (einschl. Magen- oder Unterleibschmerzen)					20
13. Verstopfung					21
14. Energielosigkeit					22
15. Gelenk- und Gliederschmerzen					23
16. Konzentrationsschwäche					24
17. kalte Füße					25
18. Mangel an geschlechtlicher Erregbarkeit					26
19. Leichtes Erröten					27
20. Frieren					28
21. Aufsteigende Hitze, Hitzewallungen					29
22. trübe Gedanken					30
23. Innere Gespanntheit					31
24. Taubheitsgefühl ("Einschlafen", Brennen oder Kribbeln) in Händen u./od. Füßen					32

11.1. Ist Ihr körperliches Befinden
- so wie Sie es angegeben
haben - stabil oder
schwankt es?

- ist stabil
- schwankt etwas
- schwankt in Intervallen
- schwankt praktisch täglich

☐	1)	33
☐	2)	
☐	3)	
☐	4)	

Falls Intervalle:

11.2. Sind die Intervalle zufällig
oder hängen sie mit etwas
zusammen?

- zufällig
- hängen zusammen
mit:

☐	1)	34
☐	2)	

☐	☐	35,36
--------------------------	--------------------------	-------

12. Haben Sie wegen dieser oder
anderer Beschwerden Medika-
mente genommen?

- 1) keine
- 2) gelegentlich
- 3) täglich wenig
- 4) täglich viel
- 5) gelegentlich, ärztlich
verordnet
- 6) täglich, ärztl. verordnet

	1)	2)	3)	4)	5)	6)	
Schmerzmittel							37
Beruhigungsmittel							38
Neuroleptica							39
Schlafmittel							40
Antidepressiva							41
andere							42
							43,44

(was?)

13. Haben Sie früher einmal eine
schwere Krankheit oder körper-
liche Störung durchgemacht, die
Ihr Lebensgefühl beeinträchtigt
hat?

- nein
- ja
- weiss nicht mehr

☐	1)	45
☐	2)	
☐	3)	

Alter (bei mehreren in
der Reihenfolge)

☐	☐	46,47
☐	☐	48,49
☐	☐	50,51
☐	☐	52,53

14.1. Ihr Körpergewicht

kg

☐	☐	☐	54-56
--------------------------	--------------------------	--------------------------	-------

14.2. Ihre Körpergrösse

cm

☐	☐	☐	57-59
--------------------------	--------------------------	--------------------------	-------

SUCHTMITTEL / SUCHTVERLAUF

15.1. Trinken Sie Alkohol?

nie
gelegentlich
täglich

1)	60
2)	
3)	

wenn täglich:

15.2. Wieviel pro Tag?

(Gramm Alkohol) -40
40-80
80-

1)	61
2)	
3)	

16. Rauchen Sie?

nein
weniger als 10 Zig/Tag
10 - 20 Zig/Tag
20 - 40 Zig/Tag
mehr als 40 Zig/Tag
nur Pfeife, Stumpen

1)	62
2)	
3)	
4)	
5)	
6)	

17.1. Welche der nebenstehenden Drogen nehmen Sie zur Zeit, bzw. haben Sie früher genommen? Wie? Wie häufig?

aktuell
jemals

- 1) nie
- 2) sporadisch, nicht gefixt
- 3) täglich, nicht gefixt
(bei LSD wöchentlich)
- 4) sporadisch, gefixt
- 5) täglich, gefixt
- 6) unklar

(1-6 in die Kästchen eintragen)

Schlaf/Schmerzmittel
Tranquillizer
Haschisch
LSD
Amphetamin (Speed)
Cocain
Opiat
Methadon bewilligt
anderes (was s. 17.2.)

	63,64
	65,66
	67,68
	69,70
	71,72
	73,74
	75,76
	77,78
	79,80

Ø 6								1-8
-----	--	--	--	--	--	--	--	-----

17.2. In welchem Alter haben Sie angefangen mit:

(Falls im gleichen Jahr mit mehreren Drogen begonnen, Reihenfolge numerieren, Nr. eintragen)

Rauchen, täglich
Alkohol, täglich oder
ab u. zu bis Rausch
Schlaf/Schmerzmittel,
mehrmals wöchentlich
Tranquillizer, mehrmals
wöchentlich
Haschisch
LSD
Speed, nicht gefixt
Speed, gefixt
Cocain
Opiat, nicht gefixt
Opiat, gefixt
andere

Alter	
	9-11
	12-14
	15-17
	18-20
	21-23
	24-26
	27-29
	30-32
	33-35
	36-38
	39-41
	42-44
	45,46

(was?)

19.5. Träumen Sie viel?	nein	☐	1)	35	
	kann mich nicht erinnern	☐	2)		
	ja	☐	3)		
	eher angenehm	☐	1)		36
	eher unangenehm	☐	2)		
	Unfall, Tod, Katastrophe	☐	1)		
Mord, Selbstmord	☐	1)	38		
schwerwiegender Verlust	☐	1)		39	
anderes _____	☐				40, 41

19.6. Gehen Ihnen diese Träume noch länger nach?	nein	☐	1)	42
	ja	☐	2)	

20. Haben Sie Angstgefühle?	nein	☐	1)	43
	ja, aber selten	☐	2)	
	ja, öfters	☐	3)	
	ja fast ständig	☐	4)	

wenn ja:

20.1. Sehen Sie einen Grund für diese Angstgefühle?	nein, ich sehe keinen Grund	☐	1)	44
	ja, ich sehe einen Grund, nämlich: _____	☐	2)	
		☐		45, 46
		☐		47, 48

21.1. Finden Sie das Leben an sich sinnvoll oder haben Sie manchmal das Gefühl, es sei sinnlos?	finde es sinnvoll	☐	1)	49
	sehe manchmal keinen Sinn	☐	2)	
	finde es überwiegend sinnlos	☐	3)	
	sehe überhaupt keinen Sinn	☐	4)	

21.2. Hat sich daran etwas geändert in der Zeit nach dem Selbstmordversuch, auf den wir uns beziehen?	ja, sehr viel	☐	1)	50
	ja, etwas	☐	2)	
	nein	☐	3)	
	weiss nicht	☐	4)	

22. Haben Sie seit dem Selbstmordversuch, auf den wir uns beziehen, <u>wieder daran gedacht</u> , Ihr Leben zu beenden?	nein	☐	1)	51
	ja, einmal	☐	2)	
	ja, mehrmals	☐	3)	

wenn ja:

22.1. Wann war das?	Monat / Jahr				
	☐	☐	☐	☐	52-55
	☐	☐	☐	☐	56-59
	☐	☐	☐	☐	60-63
	☐	☐	☐	☐	64-67
	☐	☐	☐	☐	68-71
	☐	☐	☐	☐	72-75

- (was?)

[illegible]

20

- 1) 23
- 2)
- 3)

26, 27

- 1) 28
- 2)
- 3)

1 2 3

Eltern
Freunde
Partner(in)
Pfarrer
Hausarzt
Psychiater, Psychologe
andere

35

(wer?)

36.37

- 1) 38
- 2)
- 3)
- 4)

41, 42

43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55, 56

- 1) 57
- 2)
- 3)

1 2 3

58
59
60
61
62
63
64
65, 66

67,68

69,70

1-8

9-20
21-32
33-44
45-56
57-68
69-80

 $1-\varepsilon$

9,10

SUICIDVERSUCH AUF DEN WIR UNS BEZIEHEN

28.1. Haben Sie vor dem Selbstmordversuch, auf den wir uns beziehen, mit jemandem darüber gesprochen?

ja, offen
ja, indirekt
nein, nicht

1) 11
2)
3)

wenn ja:

28.2. Mit wem?

- 1) hauptsächlich gesprochen
- 2) weniger gesprochen
- 3) nicht gesprochen

Eltern
Partner(in)
Freunde, Bekannte, Kollegen
Hausarzt
Pfarrer
Psychiater/Psychologe
andere _____

1 2 3
☐☐☐
☐☐☐
☐☐☐
☐☐☐
☐☐☐
☐☐☐
☐☐☐

12
13
14
15
16
17
18

(wer?)

19,20

29.1. Was hat es damals für Sie bedeutet, dass der Selbstmordversuch misslang?

war nachher froh
man hätte mich lassen sollen,
ich war fest entschlossen
empfand mich als Versager
anderes _____

1) 21
2)
3)

29.2. Wie sehen Sie das heute?

bin froh
man hätte mich lassen sollen,
ich war fest entschlossen
empfinde mich als Versager
anderes _____

1) 22
2)
3)

30.1. Was geschah in der Klinik, in die Sie nach Ihrem Selbstmordversuch gebracht wurden?

- 1) Oberflächliches Gespräch
- 2) intensives Gespräch

Gespräch mit einem Arzt
Gespräch mit Psychiater
Gespräch mit Pflegepersonal
Gespräch mit Pfarrer
körperliche Behandlung
Kontaktaufnahme mit
Fürsorgestelle
Kontaktaufnahme mit Angehörigen, Bekannten
anderes _____

1 2
☐☐
☐☐
☐☐
☐☐
☐☐
☐☐
☐☐
☐☐
☐☐

23
24
25
26
27
28
29
30,31

30.2. Wie verhielt sich das Klinikpersonal zu Ihnen?

- 1) verständnisvoll
- 2) gleichgültig
- 3) ablehnend

Arzt
Psychiater
Pflegepersonal
Pfarrer
andere _____

1 2 3
☐☐☐
☐☐☐
☐☐☐
☐☐☐
☐☐☐
☐☐☐
☐☐☐

32
33
34
35
36
37,38

(wer?)

30.3. Wie erfolgte Ihre Entlassung aus der Klinik?

nach rein körperlicher Therapie	☐	1)	39
"Entlassung nach Hause"	☐	1)	40
auf eigenen Wunsch	☐		
auf Wunsch von Angehörigen, Bekannten	☐	1)	41
Ueberweisung	☐		
an Hausarzt	☐	1)	42
an Beratungsstelle	☐	1)	43
in psychiatrische Klinik	☐	1)	44
an Psychiater/Psychologen	☐	1)	45
weggelaufen	☐	1)	46
anderes	☐		47, 48

30.4. War die Hilfe, die Sie in der Klinik fanden, ausreichend?

ja, völlig	☐	1)	49
ja, von der Klinik her wurde genug getan, ich suchte aber andere Hilfe	☐	2)	
nicht ganz ausreichend	☐	3)	
völlig ungenügend	☐	4)	
anderes	☐		50, 51

30.5. Was war für Sie bei der Klinikbehandlung das Wichtigste und Wertvollste?

(in Reihenfolge)

☐	52, 53
☐	54, 55
☐	56, 57
☐	58, 59
☐	60, 61
☐	62, 63

30.6. Was hätte zusätzlich oder besser gemacht werden sollen?

(in Reihenfolge)

☐	64, 65
☐	66, 67
☐	68, 69
☐	70, 71
☐	72, 73
☐	74, 75

30.7. Was kritisieren Sie vor allem?

(in Reihenfolge)

☐	1-8
☐	9, 10
☐	11, 12
☐	13, 14
☐	15, 16
☐	17, 18
☐	19, 20

31. Welche weitere Hilfe fanden Sie nach Ihrem Selbstmordversuch?

Rückhalt bei der Familie	☐	1)	21
Rückhalt bei Partner(in)	☐	1)	22
Rückhalt bei Freunden	☐	1)	23
Verständnis bei Mitpatienten	☐	1)	24
Gespräch mit Pfarrer	☐	1)	25
Gespräch mit Hausarzt	☐	1)	26
Unterstützung am Arbeitsplatz	☐	1)	27
anderes	☐		28, 29

32.1. Wie verhielt sich Ihre Umgebung nach dem Selbstmordversuch?

- 1) verständnisvoll
- 2) gleichgültig
- 3) ablehnend

Arbeitskollege
Vorgesetzter
Eltern
Freunde, Bekannte
Partner(in)
andere _____

1	2	3
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐

30
31
32
33
34
35

(wer?)

☐	☐
--------------------------	--------------------------

36,37

32.2. War die Hilfe, die Sie in Ihrer Umgebung fanden, ausreichend?

ja, völlig
nein, konnte sie nicht annehmen
nein, gab zu wenig Hilfe
war völlig ungenügend

☐	1)
☐	2)
☐	3)
☐	4)

38

32.3. Welche Hilfe war für Sie die wichtigste?

(in Reihenfolge)

_____	☐	☐
_____	☐	☐
_____	☐	☐
_____	☐	☐
_____	☐	☐

39,40
41,42
43,44
45,46
47,48

32.4. Was wäre Ihrer Meinung nach die beste Hilfe gewesen?

(in Reihenfolge)

_____	☐	☐
_____	☐	☐
_____	☐	☐
_____	☐	☐
_____	☐	☐

49,50
51,52
53,54
55,56
57,58

33. Haben der Selbstmordversuch und die Art, wie Sie ihn überwunden haben, einen Einfluss darauf gehabt, wie Sie heute mit Ihren Problemen umgehen?

ja, erheblich
etwas
nein, eher nicht
sicher nicht
andere Bedeutung

☐	1)
☐	2)
☐	3)
☐	4)

59

60,61

34.1. Glauben Sie, dass allgemein mehr zur Selbstmordverhütung getan werden sollte?

ja
ist mir gleichgültig
nein

☐	1)
☐	2)
☐	3)

62

34.2. Möchten Sie dabei aktiv mitmachen?

ja
nein

☐	1)
☐	2)

63

34.3. Wie glauben Sie, könnten Menschen mit Selbstmordgedanken am besten davor bewahrt werden, sich etwas anzutun?

(in Reihenfolge)

_____	☐	☐
_____	☐	☐
_____	☐	☐
_____	☐	☐
_____	☐	☐

64,65
66,67
68,69
70,71
72,73
74,75

1	2						
---	---	--	--	--	--	--	--

1-8

35. Wir interessieren uns besonders dafür, wie es Ihnen in den ersten 6 Monaten nach dem Selbstmordversuch gegangen ist, nachdem Sie in die Klinik gebracht wurden. Was hat sich verändert? Wie ging es nach den ersten 6 Monaten, und wie in den letzten vier Monaten?

- 1) Verbesserung
- 2) unverändert gut
- 3) Verschlechterung
- 4) unverändert schlecht
- 5) wechselhaft
- 6) weiss nicht mehr

	in den ersten 6 Monaten	danach	in den letzten 4 Monaten
1. Selbstvertrauen			
2. Vertrauen in andere			
3. Beziehung zu Eltern			
4. Beziehung zu Partner(in)			
5. Beziehung zu Freunden			
6. Beruf			
7. Arbeitsfähigkeit			
8. Interessen/Freizeit			
9. Rauchen			
10. Alkohol			
11. Drogen/Medikamente			
12. körperliche Verfassung			
13. psychische Verfassung			
14. Konflikte mit dem Gesetz			

9-11
12-14
15-17
18-20
21-23
24-26
27-29
30-32
33-35
36-38
39-41
42-44
45-47
48-50

Besondere Ereignisse:

welche?	Mt.	Jahr

We?	Mt.	J.

51-56
57-62
63-68
69-74

PSYCHOTHERAPIE

1	3						
---	---	--	--	--	--	--	--

1-8

36.1. Gingen Sie nach dem Selbstmordversuch, auf den wir uns beziehen, in eine psychiatrische oder psychologische Therapie?

ja
nein

1) 9
2)

Wenn ja:

36.2. War diese Therapie:

stationär (abgeschlossen)
stationär begonnen, ambulant weitergeführt
ambulant begonnen

1) 10
2)
3)

36.3. Während wievielen Monaten gingen Sie in die Therapie?

11,12

36.4. Wie oft pro Monat (im Durchschnitt)?

13,14

36.5. Dauert die Therapie noch an?

ja
nein

15
2)

36.6.	Wie gelangten Sie an Ihren Therapeuten?		16,17
36.7.	Wer war / ist Ihr Therapeut?		18,19
36.8.	Was wurde in der Therapie gemacht? (welche therapeutische Richtung?)		20,21 22,23
36.9.	Haben Sie sich mit dem Therapeuten verstanden?	ja, sehr gut ja, ging so nicht sehr gut nein, habe mich nicht verstanden gefühlt anderes	24 25,26
36.10.	Glauben Sie, dass die psychiatrische/psychologische Therapie geholfen hat?	ja, weitgehend ja, in einzelnen Bereichen eher wenig nicht geholfen	27 28,29 30,31
	Was? _____	(was?)	
36.11.	Bekamen Sie Psychopharmaka?	ja nein	32
	Welche? _____		33 34
37.1.	Gab es seither in wichtigen Bereichen Aenderungen? (positive Entwicklungen, neuaufgetretene Symptome etc.)		35,36 37,38 39,40
37.2.	Wie oft hatten Sie Selbstmordgedanken seit Therapiebeginn?	keine selten, nur bei grosser Belastung öfters sehr oft, mehr als früher	41 42,43
	(Wenn gehabt: Bei welchen Anlässen? _____)		44,45
37.3.	Wieviele Selbstmordversuche seit Therapiebeginn?		
38.1.	Waren Sie früher schon einmal in einer Psychotherapie?	ja ja, aber bald nach Beginn abgebrochen nein	46 47,48 49,50 51,52
	Bemerkungen zur Psychotherapie _____		

38.2. Haben Probleme in Ihrem Leben, ausser dem Selbstmordversuch, zu Kontakten mit folgenden Institutionen geführt?

14

1-8

Art	wo/welche			Jahr	Dauer (Mte)			Grund	Art der Behandlung		
Schulpsych. Dienst											
Privat-Psychiater											
Psychiatr. Poliklinik											
Psychiatr. Klinik											
andere ther. Institution											
Spital-Aufenthalt											
Reserve											

9-18

19-28

29-38

39-48

49-58

59-68

69-78

HERKUNFTSFAMILIE

15

1-8

39.1. Wo sind Sie bis 16 J. aufgewachsen?
(Später gemäss Manual kodieren)

- Grossstadtkern
- Vorort Grossstadt
- städt. Agglomeration
- Kleinstadt
- Land
- nicht bestimmbar

1) 9

2)

3)

4)

5)

6)

39.2. In welchem Kanton / Land?

10,11

40. Zahl der Wohnortswechsel während der Schulzeit bis 16 J.
Davon in anderen Kanton oder in anderes Land

12,13

14,15

41.1. Ursprüngliche Nationalität der Eltern?

(nach Manual)

Vater
Mutter

16,17

18,19

wenn Auslandherkunft:

41.2.	Seit wann leben Sie in der Schweiz? (Alter)		☐ ☐	20,21
41.3.	In welcher rechtlichen Form?	eingebürgert mit Niederlassung Jahresaufenthalter	☐ ¹⁾ ☐ ²⁾ ☐ ³⁾	22
41.4.	Wann eingebürgert? (Alter)		☐ ☐	23,24
41.5.	Fühlen Sie sich in der Schweiz zuhause?	ja nein	☐ ¹⁾ ☐ ²⁾	25

42.1.	Welche Muttersprache haben Sie? (auch 2. Muttersprache vermerken)	Schweizerdeutsch Französisch Italienisch Romanisch andere _____ (2. Muttersprache) _____	☐ ¹⁾ ☐ ²⁾ ☐ ³⁾ ☐ ⁴⁾ ☐ ☐	26 27,28 29,30
42.2.	Sprechen Ihre Eltern die landesübliche Sprache?	1 = ja 2 = gebrochen 3 = nein	Vater ☐ Mutter ☐	31 32
42.3.	Haben Sie sprachliche Schwierigkeiten?	nein ja, etwas ja, sehr	☐ ¹⁾ ☐ ²⁾ ☐ ³⁾	33

43. Beruf und Ausbildung der Eltern

	Schulbildung	Ausbildung	Beruf bis zu Ihrem 16. Lj.	Beruf/Stellung heute	
Vater	☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	34-40
Mutter	☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	41-47
Pflegevater	☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	48-54
Pflegemutter	☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	55-61

44.1.	Wieviele Geschwister haben Sie?	☐ ☐	62,63
44.2.	Beruf / Stellung der Geschwister, falls bekannt	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	64,65 66,67 68,69 70,71 72,73 74,75 76,77

47.3. Gab es Meinungsverschiedenheiten zwischen Ihren Eltern?

ja, oft
ja, selten
nein
weiss nicht

☐	1)	49
☐	2)	
☐	3)	
☐	4)	

47.4. Wie war Ihre Erziehung?

gut
nicht gut

☐	1)	50
☐	2)	

1=streng / 2=nachgiebig / 3=nicht darum gekümmert

Vater

1 2 3

☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐

51

Mutter

52

Ersatzeltern

53

Heim

54

47.5. Waren Ihre Eltern / Erzieher zufrieden mit

1=ja / 2=nein / 3=weiss nicht

	Ihren Freunden	Ihrer Schulleistung	Ihrem Beitrag zum Familienleben	
Mutter	☐	☐	☐	55-57
Vater (Erz.)	☐	☐	☐	58-60

47.6. Wie fühlten Sie sich in Ihrer Familie / in Ihrem Heim?

geborgen, wohl
unverstanden, allein
unbeachtet, vernachlässigt
weiss nicht
anderes _____

☐	1)	61
☐	2)	
☐	3)	
☐	4)	
☐		62,63

48.1. Sind Sie bis 16 J. bei beiden Eltern aufgewachsen?

ja
nein

☐	1)	64
☐	2)	

wenn nein: bei wem?

☐	☐	65,66
☐	☐	67,68

48.2. Sind Ihre Eltern getrennt oder geschieden?

nein
ja

☐	1)	69
☐	2)	

wenn ja: wie alt waren Sie bei der Trennung / Scheidung?

_____ Alter

☐	☐	70,71
--------------------------	--------------------------	-------

48.3. Ist ein Elternteil oder sind beide verstorben?

nein
Vater
Mutter
beide

☐	1)	72
☐	2)	
☐	3)	
☐	4)	

wenn ja: was war die Todes-
ursache?

wie alt waren Sie?

48.4. Haben Sie nur mit einem Eltern-
teil zusammengelebt?

wenn ja: ab welchem Alter?

48.5. Hatten Sie Ersatzeltern?
(d.h. weder bei Mutter
noch Vater gelebt)

wenn ja: wer?

Ab welchem Alter haben Sie -
getrennt von beiden Eltern -
bei den Ersatzeltern gewohnt?

49. Waren Sie in einem Heim?

wenn ja: wieviele Jahre in
welchem Alter?

50. Nimmt oder nahm jemand aus
Ihrer Familie oder jemand Nahe-
stehender regelmässig in grö-
sseren Mengen eines der aufge-
führten Mittel?

Wenn Geschwister ja:

☐	☐	73,74
☐	☐	75,76
☒	☒	1-8
☐	nein	9
☐	ja	2)
☐	☐	10,11
☐	nein	1)
☐	ja, Adoptiveltern	2)
☐	ja, Pflegeeltern	3)
☐	ja, andere Ersatzeltern	4)
☐	Verwandte	1)
☐	Bekannte der Familie	2)
☐	unbekannte Privatperson	3)
☐	Heimleiter, Amtsperson	4)
☐	andere	
☐	☐	14,15
☐	nein	1)
☐	ja	2)
☐	Anzahl	0 - 6 J.
☐	Heimjahre	6 - 10 J.
☐	(Auf volle Jahre	10 - 16 J
☐	auf- oder abrunden)	ab 16 J.
☐	Ort, Name Zeit,	
☐	andere Angaben	
☐	(ev. gesondert aufschreiben)	
☐	1=keines / 2=Alkohol / 3=Medi- kamente / 4=Drogen, nicht ge- fixt / 5=Drogen, gefixt / 6= mehrere der obigen ohne 5 / 7= mehrere der obigen inkl. 5	17
☐		18
☐		19
☐		20
☐	früher/jetzt	
☐	Vater	21,22
☐	Mutter	23,24
☐	Geschwister	25,26
☐	Freundeskreis	27,28
☐	andere	29,30
☐	wer?	31,32
☐	wieviele nehmen Drogen?	33
☐	wieviele davon fixen?	34

51. Leidet jemand in Ihrer Familie
 an psychischen Störungen?

nein

ja

1)

2)

35

wenn ja:

Wer?

Welche Störung?

Vater

Mutter

Geschwister

andere (wer?)

(was?)

1)

1)

1)

36

37

38

39,40

41,42

52.1. Hat jemand in Ihrer Familie
 oder in Ihrer näheren Umgebung
 Selbstmord oder einen Selbst-
 mordversuch begangen?

nein

ja, einmal

ja, mehrmals

1)

2)

3)

43

wenn ja:

wer

was (1=Versuch /
 2=Todesfolge)

Ihr Alter
damals

Bedeutung für Sie

44-50

51-57

58-64

52.2. Welchen Einfluss hatte dieses
 Ereignis auf Ihren Entschluss,
 sich umzubringen?

hat mich überhaupt nicht be-
 einflusst

sicher etwas beeinflusst

stark beeinflusst

weiss nicht

kann mich nicht erinnern

1)

2)

3)

4)

5)

65

KINDHEIT / SCHULZEIT

53. Gab es in Ihrer Kindheit beson-
 dere Probleme für Sie?

keine

weiss nicht mehr

ja

1)

2)

3)

66

wenn ja: welche?	körperliche	☐	1) 67
	psychische	☐	1) 68
	andere _____	☐	69,70
	welche körperlichen	☐	71,72
	oder psychischen	☐	73,74
Probleme?		☐	

54. Hatten Sie in der Schulzeit besondere Probleme?	☐	1) 1-8
	☐	2) 9
	☐	3) 9

wenn ja: welche?	Lernschwierigkeiten	☐	1) 10
	Klasse wiederholt	☐	1) 11
	Prüfungsangst	☐	1) 12
	Kontaktstörung	☐	1) 13
	Verhaltensstörung	☐	1) 14
	Sonderklasse	☐	1) 15
	andere _____	☐	16,17

55. Fühlten Sie sich von Ihren Kameraden akzeptiert und verstanden oder eher ausgeschlossen?	war akzeptiert, Anführer	☐	1) 18
	war immer in Gruppen dabei	☐	1) 19
	es gab einige, die mich verstanden	☐	1) 20
	hatte eigentlich kaum Freunde	☐	1) 21
	anderes _____	☐	22,23

56.1. Sind Sie schon einmal mit dem Gesetz in Konflikt gekommen?	nein	☐	1) 24
	möchte nicht darüber reden	☐	2)
	ja	☐	3)

56.2. Welche Folgen hatte das für Sie?	wenn ja:		
	Wie oft?	☐	25,26
	Weshalb?	☐	27,28
		☐	29,30
		☐	
	keine	☐	1) 31
	Strafuntersuchung (Anzahl)	☐	32,33
	Untersuchungshaft (Anzahl)	☐	34,35
	gerichtliche Verurteilung (Anzahl)	☐	36,37
		☐	

56.3. Wenn Sie gerichtlich verurteilt wurden, können Sie darüber noch genaue Angaben machen?

Grund der Verurteilung	Folgen	Massnahmen (Monate / Jahr)
1=Besitz und Konsum von illegalen Drogen 2=Handel mit Drogen 3=übrige (siehe Manual)	1=Busse 2=Freiheitsstrafe bed. 3=Freiheitsstrafe unbed. 4=Massnahme	1=Schutzaufsicht 2=amb. Ther. 3=psychiatr. Klinik 4=Drogenklinik 5=vormundschaftliche 6=andere
☐	☐	☐ Mt. ☐ J.
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐

38-44
45-51
52-58
59-65

SCHULE / AUSBILDUNG

57.1. Welche Schulen haben Sie während der obligatorischen Schulzeit besucht?

Schule	Kanton/Land
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

9-11
12-14
15-17
18-20
21-23

57.2. In welcher Schule haben Sie die obligatorische Schulzeit beendet?

Schule	Kanton/Land
☐	☐
Bemerkung	☐

24-26
27,28

58.1. Welche Ausbildung haben Sie nach der obligatorischen Schulzeit begonnen?

☐	☐
keine	☐
Bemerkungen	☐

29,30
31
32,33

58.2. War diese Ausbildung eine

Vollzeitschule welche?	☐
Teilzeitschule welche?	☐
spezielle Fachschule welche?	☐
Berufslehre	☐

34,35
36,37
38,39
40,41
42,43

58.3. Befinden Sie sich noch in dieser Ausbildung?

ja
nein

☐ 1) 44
☐ 2)

58.4. Haben Sie diese Ausbildung ohne Abschluss abgebrochen?

ja
nein

☐ 1) 45
☐ 2)

wenn ja, in welchem Alter?

mit

☐ ☐ 46,47

59.1. Welche Berufs-/Ausbildungsabschlüsse haben Sie gemacht?

1. ☐ ☐ 48,49
2. ☐ ☐ 50,51
3. ☐ ☐ 52,53
4. ☐ ☐ 54,55
5. ☐ ☐ 56,57
keine ☐ 1) 58

59.2. Welche weiteren Ausbildungen, Schulen, Teilzeitschulen haben Sie begonnen?

1=abgeschlossen
2=noch andauernd
3=abgebrochen

Art

1. ☐ ☐ ☐ 59-61
2. ☐ ☐ ☐ 62-64
3. ☐ ☐ ☐ 65-67
keine ☐ 1) 68

59.3. Haben Sie vor, sich beruflich weiterzubilden?

ja
weiss noch nicht
eher nicht
nein

☐ 1) 69
☐ 2)
☐ 3)
☐ 4)

59.4. Möchten Sie sich allgemein weiterbilden?

ja
nicht unbedingt
eher nicht
nein

☐ 1) 70
☐ 2)
☐ 3)
☐ 4)

WELTANSCHAUUNG

20

1-8

60.1. Sind Sie in einer bestimmten weltanschaulichen Richtung erzogen worden, bzw. sind Sie heute einer Religion oder Weltanschauung verbunden?

- 1=ablehnend
- 2=gleichgültig
- 3=gläubig, wenig Bedeutung im Alltagsleben
- 4=gläubig, grosse Bedeutung im Alltag / überzeugt

	Kindheit		Jugend		aktuelle Orientierung	
röm. kath.						
ev. ref.						
israel.						
keine						
andere						

9-11

12-14

15-17

18-20

21-23

24,25

60.2. Welche Bedeutung hat die Religion bzw. der Glaube für Sie?

(welche andere?)

26,27

60.3. Gibt es andere Weltanschauungen, die Ihnen wichtig sind oder waren? (bestimmte Leitideen wie politische Einstellung, anthroposophische, philosophische Einstellung, Lebensorientierung an Astrologie etc.)

ja

nein

1)

2)

28

29,30

Bemerkungen zu Weltanschauung

ja

nein

1)

2)

31

32,33

ZUKUNFTSPERSPEKTIVEN

61.1. Glauben Sie, dass Sie in einer bestimmten Lebenssituation wieder Ihrem Leben ein Ende setzen möchten?

- ja, sicher
- ja, wahrscheinlich
- weiss nicht
- nein, eher nicht
- sicher nicht

1)

2)

3)

4)

5)

34

61.2. Glauben Sie, dass Sie auf die Dauer mit Ihrem Leben zufrieden sein werden?

- ja, sicher
- ja, wahrscheinlich
- weiss nicht
- nein, eher nicht
- sicher nicht

1)

2)

3)

4)

5)

35

61.3. Sind Sie zur Zeit mit Ihrem Leben zufrieden oder denken Sie, es könnte besser sein?

ja
könnte besser sein
nicht zufrieden

1) 36
2)
3)

wenn nicht zufrieden:
In welchen Bereichen wollen Sie etwas ändern?

wenn zufrieden:
Wollen Sie dennoch etwas ändern?
In welchen Bereichen?

eigene Person, Verhalten
Drogenabhängigkeit
Partnerbeziehung
Kinder/Kinderwunsch
Beziehung zu Freunden
Freizeit
Berufliches
Wohnung
Finanzen
nichts davon
anderes _____

1) 37
1) 38
1) 39
1) 40
1) 41
1) 42
1) 43
1) 44
1) 45
1) 46
47,48

61.4. Glauben Sie, dass es vom Schicksal (den äusseren Umständen), anderen Personen oder von Ihnen selbst abhängt, ob diese Ziele erreicht werden?

äussere Umstände
andere Personen
von mir selbst

1) 49
1) 50
1) 51

62. Setzen Sie sich gerne für etwas ein? Was sind das für Dinge, Tätigkeiten, Menschen?

Zahl spontane Nennungen
Nennungen mit Intervention

52,53
54,55

63. Was vermissen Sie in Ihrem Leben?

Zahl spontane Nennungen
Nennungen mit Intervention

56,57
58,59

64.1. Möchten Sie später heiraten?

Gründe dafür bzw. dagegen:

ja
bin schon
nein
weiss nicht

1) 60
2)
3)
4)

64.2. Möchten Sie später Kinder haben?

Gründe dafür bzw. dagegen:

ja
habe schon
nein
weiss nicht

1) 61,62
2) 63
3)
4)

64.3. Bemerkungen zu Zukunftsperspektiven

ja
nein

1) 64,65
2) 66

67,68
69,70

65.1. Wie haben Sie das Interview mit mir empfunden?

- | | | |
|-------------------------------|--------------------------|------|
| angenehm, hat mir was gegeben | ☐ | 1) 9 |
| angenehm | ☐ | 2) |
| angenehm, aber zu lang | ☐ | 3) |
| eher unangenehm | ☐ | 4) |
| unangenehm | ☐ | 5) |
| ging so, neutral | ☐ | 6) |
| anderes _____ | ☐ | |

65.2. Wie haben Sie die Kartenspiele empfunden?

- | | | |
|----------------------------|--------------------------|-------|
| gut, haben mir was gegeben | ☐ | 1) 10 |
| sinnvoll | ☐ | 2) |
| sinnvoll, aber eher lästig | ☐ | 3) |
| lästig | ☐ | 4) |
| anderes _____ | ☐ | |

65.3. Wie haben Sie die Beantwortung des Fragebogens empfunden?

- | | | |
|----------------------------|--------------------------|-------|
| gut, hat mir was gegeben | ☐ | 1) 11 |
| sinnvoll | ☐ | 2) |
| sinnvoll, aber eher lästig | ☐ | 3) |
| lästig | ☐ | 4) |
| nicht sinnvoll | ☐ | 5) |
| anderes _____ | ☐ | |

Bemerkungen: _____

- | | | |
|------|--------------------------|-------|
| ja | ☐ | 1) 12 |
| nein | ☐ | 2) |

13,14
15,16

Inhaltsverzeichnis

WOHNEN / ARBEIT / FINANZEN	S. 3
KINDER / PARTNERSCHAFT / BEZIEHUNGEN	S. 5
FREIZEIT	S. 9
BEFINDLICHKEIT - SOMATISCH	S. 10
SUCHTMITTEL / SUCHTVERLAUF	S. 12
BEFINDLICHKEIT - PSYCHISCH	S. 13
FRUEHERE SUICIDALITAET / INTERVENTIONEN	S. 15
SUICIDVERSUCH AUF DEN WIR UNS BEZIEHEN	S. 17
PSYCHOTHERAPIE	S. 20
HERKUNFTSFAMILIE	S. 22
KINDHEIT / SCHULZEIT	S. 27
SCHULE / AUSBILDUNG	S. 29
WELTANSCHAUUNG	S. 31
ZUKUNFTSPERSPEKTIVEN	S. 31

Curriculum vitae

Geboren wurde ich am 2.6.1952 in St. Gallen. Meine Eltern sind beide von Beruf kaufmännische Angestellte und ich habe noch zwei jüngere Brüder. In St. Gallen und ab 1962 in Bassersdorf ZH bin ich aufgewachsen und ging dort in die Primarschule.

1965 bis 1971 besuchte ich das Gymnasium der Kantonsschule Zürcher Oberland in Wetzikon und schloss mit der Matura Typus B ab.

1972 begann ich das Studium an der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich und legte dort 1978 das Staatsexamen ab.

Als Assistenzarzt arbeitete ich Mitte 1979 bis 1981 in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, 1982 im Spital Wattwil und seit 1983 im Psychiatrischen Zentrum Wetzikon.

